

Sammenhengen mellom mentaliseringssevne og alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelser

Kroppen som bærer av mentale tilstander

Kristin Vangen Horndalsveen og Marte Ramby Johannesen



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

21.10.2014

Sammenhengen mellom mentaliseringsevne og alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelser: Kroppen som bærer av mentale tilstander

Jeg hadde ingen Smærte, min Sult hadde stumpet den av; i dens Sted følte jeg mig behagelig tom, uberørt av alting omkring meg og glad over å være uset av alle.

Sult, Knut Hamsun (1890)

© Kristin Vangen Horndalsveen og Marte Ramby Johannesen

2014

Sammenhengen mellom mentaliseringsevne og spiseforstyrrelser

Kristin Vangen Horndalsveen og Marte Ramby Johannesen

<http://www.duo.uio.no>

Sammendrag

Forfattere: Kristin Vangen Horndalsveen og Marte Ramby Johannesen

Tittel: Sammenhengen mellom mentaliseringsevne og alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelser

Intern hovedveileder: Pål Ulleberg

Intern biveileder: Anne-Marie Halberg

Eksterne biveiledere: Bente Sommerfeldt og Finn Skårderud

Bakgrunn: Spiseforstyrrelse er en alvorlig psykisk lidelse som ofte er langvarig, og hvor behandlingseffekten for en del av pasientene har vært begrenset. Dette indikerer et behov for økt forståelse av spiseforstyrrelsens patologi. Mentalisering har blitt introdusert som et begrep og en forståelsesramme som kan berike denne forståelsen. Mentaliseringstradisjonen foreslår at svekkede mentaliseringsevner fører til svekket evne til å regulere affekt, noe som igjen antas å ha sammenheng med økt grad av spiseforstyrrelsessymptomer. Det eksisterer en del teori på sammenhengen mellom mentaliseringsevne og spiseforstyrrelser, men det er behov for flere studier som empirisk undersøker denne sammenhengen. Hovedmålet med denne oppgaven var å undersøke sammenhengen mellom mentaliseringsevne og spiseforstyrrelsens alvorlighetsgrad. For å bedre kunne forstå spiseforstyrrelsens patologi ble mentaliseringsbegrepet inndelt i mentaliseringsevne om henholdsvis seg selv og andre. Det ble også undersøkt om sammenhengen mellom mentaliseringsevne og alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelsen virket å gå gjennom affektregulering. Videre ble det undersøkt om sammenhengen var ulik for pasienter med anoreksi og bulimi.

Metode: Utvalget bestod av 82 pasienter som gikk i behandling for spiseforstyrrelse.

Pasientene besvarte en testpakke som bestod av måleinstrumenter som skulle fange opp mentaliseringsevne, affektreguleringsevne og alvorlighetsgraden av spiseforstyrrelsen.

Resultat: Det var en signifikant sammenheng mellom evnen til å mentalisere om seg selv og alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelsen målt gjennom symptomtrykk. Når alvorlighetsgrad ble målt gjennom BMI var sammenhengen mindre konsekvent. Undersøkelsen av sammenhengen mellom evnen til å mentalisere om andre og alvorlighetsgrad ga noe uklare resultater.

Affektregulering ble funnet å mediere sammenhengen mellom evnen til å mentalisere om seg selv og symptomtrykket av spiseforstyrrelsen.

Konklusjon: Svekket evne til å mentalisere om seg selv virker å ha sammenheng med økt symptomtrykk ved spiseforstyrrelser. Sammenhengen kan forklares ved at affektregulering fungerer som en mediator i sammenhengen mellom mentaliseringsevne og spiseforstyrrelsessymptomer.

Forord

Takk til Bente Sommerfeldt og Finn Skårderud som har gitt oss tilgang til datamaterialet denne studien baserer seg på og som har gitt oss muligheten til å fordype oss i et spennende fagfelt. Vi vil også takke for spennende faglige samtaler og gode innspill.

Takk til Pål Ulleberg. Vi vil takke for god metodisk hjelp og lærerike veiledninger. Vi har også satt stor pris på din tålmodighet og ro, dette har hjulpet oss når vi selv har kjent stresset ta overhånd. Takk også til Anne-Marie Halberg for god hjelp i sluttspurten. Vi er takknemlige for at du har satt av så mye tid til oss.

Vi vil også takke venner og familie for støtte, omtanke og en god porsjon tålmodighet i en periode hvor vi ikke har hatt så mye tid til dere som vi kunne ønsket. Takk til Sissel og Peter for korrekturlesing, oppmuntrende ord og forsøk på å minne oss på at fysisk aktivitet er godt for hjernen. Takk også til Lisbeth og Roar for at dere stilte opp med mat, bil og omsorg når vi var for stressa til å ta vare på oss selv. Spesielt stor takk til deg Kristian for at du har vært så forståelsesfull gjennom en periode hvor privatlivet har blitt litt lite prioritert.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Mentalisering.....	2
1.1.1	Ulike dimensjoner av mentalisering.....	5
1.1.2	Nærliggende begreper.....	7
1.1.3	Mentalisering og affektregulering.....	8
1.2	Spiseforstyrrelser	9
1.2.1	Diagnoser	9
1.2.2	Distinkte lidelser eller transdiagnose?.....	11
1.2.3	Alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelsen.....	11
1.3	Mentaliseringsevne og spiseforstyrrelser	12
1.3.1	Teoretisk sammenheng mellom mentalisering og spiseforstyrrelser.....	12
1.3.2	Funn på sammenheng mellom mentalisering og spiseforstyrrelser.....	15
1.3.3	Spiseforstyrrelse som en reguleringsforstyrrelse.....	18
1.4	Problemstilling og hypoteser	19
2	Metode	21
2.1	Prosedyre.....	21
2.1.1	Formål og kontekst	21
2.1.2	Testsituasjon og administrering	21
2.1.3	Etiske betraktninger.....	21
2.2	Utvalg.....	22
2.3	Materiale	23
2.3.1	Operasjonalisering av mentalisering	23
2.3.1	Operasjonalisering av spiseforstyrrelser	28
2.3.2	Operasjonalisering av affektregulering.....	31
2.4	Statistiske analyser.....	32
3	Resultater	34
3.1	Innledende analyser.....	34
3.1.1	Deskriptiv statistikk	34
3.1.2	Sammenhengen mellom mentaliseringsvariablene	36
3.1.3	Sammenhengen mellom spiseforstyrrelsesvariablene	37
3.2	Sammenhenger mellom mentalisering og spiseforstyrrelser	38
3.2.1	Bivariate sammenhenger	38
3.2.2	Kurvlineære sammenhenger	39
3.2.3	Mediatoreffekt av affektregulering.....	40
4	Diskusjon	43
4.1	Sammenhengen mellom mentalisering og spiseforstyrrelser.....	43
4.1.1	Evnen til å mentalisere om seg selv.....	43
4.1.2	Evnen til å mentalisere om andre.....	47
4.2	Affektregulering som en mediator	51
4.3	Metodiske styrker og svakheter.....	52
4.3.1	Spørreskjematilnærming som metode.....	52
4.3.2	Studiens operasjonalisering av mentalisering.....	53
4.3.3	Studiens operasjonalisering av alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelsen.....	54
4.3.4	Studiens operasjonalisering av affektregulering	55
4.3.5	Utvalg	55

4.3.6	Potensielle umålte konfunderende variabler.....	56
4.3.7	Kausalitet.....	57
4.4	Implikasjoner	58
5	Konklusjon	60
	Litteraturliste	61
	Appendiks.....	75

**Appendiks 1: Samtykke og informasjonsskriv utlevert til deltagerne i
forskningsprosjektet**

Appendiks 2: TAS-20

Appendiks 3: RFQ

Appendiks 4: RMET

Appendiks 5: Utviklingen av Reflective function questionnaire (RFQ)

Appendiks 6: Oversikt over subskalaene i EDI-2

Appendiks 7: BMI klassifisering

Appendiks 8: DERS

Appendiks 9: Sammenligningsutvalg for mentaliseringsvariablene

Appendiks 10: Sammenligningsutvalg for symptomvariablene

Appendiks 11: Sammenligningsutvalg for affektreguleringsvariabelen (DERS)

Appendiks 12: Separat deskriptiv statistikk for anoreksigruppen og bulimigruppen

Appendiks 13: Separate korrelasjoner for anoreksigruppen og bulimigruppen

1 Innledning

Spiseforstyrrelser kan være meget alvorlige psykiske lidelser. Selv om prevalens- og insidensestimater spriker, antar man at omtrent 50 000 i Norge har en alvorlig og behandlingstrengende spiseforstyrrelse (Rosenvinge & Götestam, 2002). Å leve med en spiseforstyrrelse gir ofte begrenset livskvalitet og kan føre til tilbaketrekning fra familie og svekket sosial fungering. Det å ha en spiseforstyrrelse kan i tillegg i en del tilfeller føre til behandlingstrengende somatiske tilstander. Spiseforstyrrelser er ofte langvarige, og behandlingseffekten er begrenset for en stor andel av pasientene (Skårderud, 2013; Statens helsetilsyn, 2000; Steinhausen, 2002, 2009; Steinhausen & Weber, 2009). Både de store konsekvensene av sykdommen og hjelpeapparatets begrensede evne til å møte utfordringene ved sykdommen indikerer at det er behov for økt forståelse av mekanismene bak spiseforstyrrelser. Bedre forståelse av de psykologiske prosessene ved sykdommen vil kunne bidra til bedre og mer tilpasset behandling for pasientgruppen, da terapi bør tilpasses de spesifikke prosessene ved psykopatologien (Skårderud, 2007c; Steinhausen, 2009).

Svekket mentaliseringsevne, i form av svekket evne til å forstå egne og andres sinn, har gjennom mentaliseringstradisjonen blitt knyttet til utviklingen av psykopatologi (Fonagy, Bateman, & Luyten, 2012). Mentaliseringsbegrepet ble først i hovedsak benyttet ved forståelsen av emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, men anvendelsen av mentaliseringsbegrepet har etter hvert blitt utvidet til en rekke kliniske områder (Bateman & Fonagy, 2004, 2008, 2012; Fonagy & Luyten, 2009). Innenfor det kliniske feltet spiseforstyrrelser har kognitiv atferdsterapi de siste par tiårene dominert. Tradisjonen har sin styrke i praktisk anvendbarhet ved blant annet manualisering av behandling, men tradisjonen kan også kritiseres for at terapeutiske intervensjoner ikke knyttes godt nok opp mot gode teoretiske begreper og den spesifikke forståelsen av patologien (Skårderud & Fonagy, 2012). Mentalisering har etter hvert blitt foreslått som et begrep som kan øke forståelsen av spiseforstyrrelsens patologi, noe som igjen kan danne grunnlag for terapi tilpasset spiseforstyrrelsens spesifikke patologi (Skårderud & Fonagy, 2012). Mentaliseringstradisjonens grunnpremiss er nettopp at intervensjoner skal utvikles med utgangspunkt i sentrale trekk i den aktuelle psykopatologien (Fonagy & Bateman, 2006).

På tross av at det etter hvert har blitt utviklet en del teori om hvordan spiseforstyrrelser kan forstås i et mentaliseringsperspektiv, er det behov for flere studier som systematisk og

empirisk undersøker sammenhengen mellom mentaliseringsevner og spiseforstyrrelser. Forskingen på mentalisering og spiseforstyrrelser indikerer at pasienter med spiseforstyrrelser har svekket mentaliseringsevne sammenlignet med personer uten psykiske lidelser (se f.eks. Fonagy et al., 1996; Rothschild-Yakar, Levy-Shiff, Fridman-Balaban, Gur, & Stein, 2010). I forskningslitteraturen er sammenhengen mellom mentaliseringsevne og alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelsen mindre studert, og det er vanskelig å gi noen overordnet konklusjon på bakgrunn av studiene som er gjort. Det er etterspurt flere studier som undersøker denne sammenhengen (Wilshere, 2011), og denne studien vil forsøke å belyse dette gjennom å undersøke sammenhengen mellom mentaliseringsevne og alvorlighetsgrad i form av spiseforstyrrelsessymptomer og BMI. Et dose-respons forhold, hvor pasientene med størst mentaliseringssvikt også har alvorligst uttrykk av sykdommen, vil styrke det antatte kausale forholdet mellom mentalisering og spiseforstyrrelser. Denne studien vil også undersøke hvilke dimensjoner av mentalisering som er affisert ved spiseforstyrrelser, da det kan bidra til en bedre forståelse av spiseforstyrrelsens patologi. Få tidligere studier har undersøkt dette systematisk. Da mentaliseringstradisjonen antar at sammenhengen mellom mentalisering og psykopatologi går gjennom en redusert evne til å regulere følelse, vil i tillegg denne studien undersøke hvorvidt affektregulering har en medierende rolle mellom mentalisering og spiseforstyrrelser (Skårderud & Sommerfeldt, 2008).

Det vil nå bli gitt en innledende presentasjon av mentalisering og spiseforstyrrelser separat. Deretter vil vi forsøke å teoretisk knytte spiseforstyrrelser og mentalisering sammen for å utdype forståelsen av hvordan mentalisering kan være et nyttig begrep innenfor spiseforstyrrelsesfeltet. Mentalisering vil presenteres med fokus på Fonagy-tradisjonen, som er ledende innenfor det kliniske feltet i dag.

1.1 Mentalisering

Mentalisering har blitt definert som den mentale prosessen hvor individet implisitt og eksplisitt fortolker egne og andres handlinger som meningsfulle på grunnlag av intensjonelle mentale tilstander, som personlige ønsker, behov, følelser og tanker (Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). Mentaliseringsevne handler om en åpenhet for og forståelse av egne og andres mentale tilstander (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Det varierer hvor god man er på å tolke mentale tilstander hos seg selv og andre, da tolkning av mentale tilstander er forbundet med usikkerhet. Svekket mentalisering kan gjøre at man

raskere misforstår og blir misforstått, noe som kan utløse sterke følelser som kan føre til negative konsekvenser for en selv og relasjonen til andre (Skårderud, Sommerfeldt, Bateman, & Fonagy, innsendt for publisering; Skårderud, Sommerfeldt, & Fonagy, 2012).

Mentalisering antas å være fundamentalt for så vel identitet og selvopplevelse, som god kommunikasjon og affektregulering. Det har videre blitt argumentert for at mentaliseringssvekkelser spiller en viktig rolle i utviklingen av psykiske lidelser (Fonagy et al., 2012; Fonagy & Luyten, 2009; Fonagy & Target, 2006; Skårderud et al., 2012).

Ideen om at det ikke-mentale kan gjøres om til noe mentalt har lenge vært tilstede i psykologien. Psykoanalysens grunnlegger Sigmund Freud brukte ikke selve mentaliseringsbegrepet, men han kan allikevel sies å ha farskap til ideen om at kroppslige erfaringer bearbeides til mentale representasjoner (Skårderud et al., 2012). Han beskrev hvordan libido bindes til tanker og språk, og at indre impulser kan bli tenkbare og tålbare erfaringer (Freud, 1900/1973). Selve begrepet mentalisering ble benyttet av franske psykoanalytikere på 1960-tallet (Marty, 1968; Luquet, 1987 referert i Fonagy et al., 2002). På 1990-tallet ble mentaliseringsbegrepet igjen benyttet, da Baron-Cohen (1995) introduserte begrepet til å forklare nevropsykologiske svekkelser i autisme og schizofreni, mens Fonagy og kolleger startet sin anvendelse av mentaliseringssbegrepet til å forstå psykopatologi og utvikling i forhold til tidlige tilknytningsforhold i samme tidsperiode (Fonagy et al., 2002; Fonagy & Target, 1996, 1997). Mentalisering er altså et begrep på velkjente fenomen i psykologien. Fonagy og Luyten (2009) beskriver at det originale med deres benyttelse av begrepet mentalisering er ambisjonen om å integrere kunnskap fra ulike fagfelt, som blant annet teori og forskning på utvikling, tilknytning, sosial kognisjon og nevrovitenskap. Fonagy og Bateman har vært ledende i arbeidet med å oversette teori om mentalisering til terapeutiske prinsipper i behandling av psykopatologi (Bateman & Fonagy, 2004).

Svekkelser i mentaliseringsevne antas å ha sammenheng med kvaliteten på oppmerksomheten som er gitt til barnets mentale tilstander i tilknytningsrelasjoner (Fonagy et al., 2002; Fonagy & Target, 1996, 1997). Med utgangspunkt i utviklingspsykologi (se f.eks. Stern, 1985) vektlegger mentaliseringstradisjonen at evnen til å mentalisere utvikles gjennom at omsorgsgiver deltar i en aktiv utforskning av barnets mentale tilstander, hvor speiling trekkes frem som en sentral prosess. I speilingsprosessen er det antatt å være viktig at omsorgsgiverene speiler barnets følelse, samtidig som de markerer en forskjell. På den måten

lærer barnet at sinnet ikke speiler verden, men tolker den, og at menneskers sinn er forskjellige og adskilte (Fonagy et al., 2002; Skårderud & Sommerfeldt, 2008).

Mentaliseringstradisjonen beskriver videre at det psykologiske selvet utvikles ved at man oppfatter seg selv som et tenkende og følende vesen (Fonagy et al., 2002). Utvikling av en bevissthet rundt egne og andres sinn, altså mentaliseringsevne, er dermed nært knyttet til utviklingen av selvet. Mentalisering er knyttet til dannelsen av identitet og følelsen av å være en aktør i eget liv. Mangler i selvutvikling kan komme til uttrykk som mangler i opplevelse av sammenheng, velvære, trygghet og manglende regulering av spenning og selvfølelse (Skårderud et al., 2012). Når ikke alle opplevelser registreres og føles mentalt, antas det å føre til en diskontinuitet i selvopplevelsen (Fonagy et al., 2002).

Mentalisering er en dynamisk kapasitet som påvirkes av stress og aktivisering. For alle mennesker antas det at mentaliseringsevnen svekkes om man blir tilstrekkelig følelsesmessig stresset. Mentalisering er også avhengig av konteksten av spesifikke tilknytningsforhold og kan variere fra en tilknytningsrelasjon til en annen. Selv om alle blir noe svekket i mentaliseringsevne i enkelte kontekster og ved tilstrekkelig aktivisering, antas det at noen opplever mer omfattende svekkelser i mange relasjoner og på tvers av ulikt aktiveringsnivå (Luyten, Fonagy, Lowyck, & Vermote, 2012).

Sentralt i mentaliseringsteori står de utviklingspsykologiske begrepene psykisk ekvivalens, forestillingsmodus og teleologi (Fonagy et al., 2002). Disse beskrives som utviklingsmessige forløpere til mentalisering, og referes til som førmentaliserende former. Det antas at mangelfull mentalisering hos ungdom og voksne kan handle om en tilbakevending til disse førmentaliserende formene. Det vil si at de er normale hos små barn, men at de erfarer som mentaliseringssvikt hos ungdom eller voksne (Skårderud et al., 2012). Psykisk ekvivalens vil si symbolisering hvor ytre og indre realitet oppleves som like. Forestillingsmodus representerer en frakobling eller splittelse mellom ytre og indre realitet. Mens psykisk ekvivalens er for virkelig, er forestillingsmodus for uvirkelig. I en normalutvikling vil psykisk ekvivalens og forestillingsmodus integreres til en evne til å mentalisere, hvor tanker og følelser kan brukes som representasjoner. Teleologi viser til en utviklingsfase hvor barnet kan oppleve at det har «agency» (evne til å handle), men at dette kun er forankret i den fysiske verden. Teleologi kan komme til uttrykk ved manglende tro på mentale realiteter hvis de ikke kommer fysisk til uttrykk (Fonagy et al., 2002; Skårderud et al., 2012). «Jeg tror det ikke før

jeg ser det» (Skårderud et al., 2012, s.15). Psykisk ekvivalens, forestillingsmodus og teleologi vil utdypes og relateres til spiseforstyrrelser i avsnitt 1.3. Mentalisering og spiseforstyrrelser.

En inndeling av de førmentaliserende formene kommer fra en teoretisk tilnærming til mentalisering og forstås som forløpere til mentalisering. Etter vår kjennskap er det ikke utviklet empiriske instrumenter som måler hver av de tre førmentaliserende formene separat. Forskningstilnærmingen har heller hatt fokus på å operasjonalisere begrepet mentalisering inn i flere målbare underdimensjoner, da man antar at mentalisering er et multidimensjonelt begrep (Fonagy et al., 2012; Luyten et al., 2012). Presentasjonen av de førmentaliserende formene grunner i at de vurderes som sentrale teoretiske begreper for forståelsen av mentaliseringssvekkelser ved spiseforstyrrelser. Denne studien vil ikke empirisk undersøke separate sammenhenger med denne inndelingen videre. Denne studien vil derimot empirisk undersøke mentalisering med utgangspunkt i en dimensjonell inndeling da det er utviklet instrumenter som gjør det mulig. En beskrivelse av de ulike dimensjonene ut i fra en forskningstilnærming følger.

1.1.1 Ulike dimensjoner av mentalisering

Mentalisering blir definert som en multidimensjonell kapasitet (Fonagy et al., 2012). Basert på hjerneavbildningsstudier og sosial-kognitiv forskning, og også heuristiske hensyn, foreslår Fonagy et al. (2012) at mentaliseringsevnen kan dekkles ved fire funksjonelle dimensjoner:

1. Automatisk- Kontrollert
2. Indre fokus- Ytre fokus
3. Selv – Andre
4. Kognitiv- Affektiv

Svekkelse i en dimensjon trenger ikke gi svekkelse i en annen dimensjon. I tillegg kan mentaliseringsevnen også variere innenfor hver dimensjon, hvor man kan vise svekkelser i et aspekt av dimensjonen (eksempelvis mentaliseringsevne om seg selv), men ikke i forhold til det andre aspektet av dimensjonen (eksempelvis mentaliseringsevne om andre). Det eksisterer noen validerte instrumenter som man antar klarer å skille innad i dimensjonen selv-andre og innad i dimensjonen indre-ytre, mens det er svært begrenset med validerte instrumenter som klarer å skille innad i dimensjonen kognitivt-affektivt og automatisk – kontrollert (Fonagy et al., 2012; Luyten et al., 2012; Luyten et al., under publisering). Som en konsekvens av det vil vi i hovedsak undersøke nærmere dimensjonen selv-andre. Vi vil undersøke indre og ytre

mentaliserings om andre, men kun undersøke indre mentalisering om seg selv. Vi vil kort presentere alle dimensjonene. Videre vil den teoretiske gjennomgangen ha hovedfokus på de aspektene av mentalisering som studien empirisk vil undersøke.

1. Automatisk mentalisering versus kontrollert mentalisering

Kontrollert eller eksplisitt mentalisering er en seriell og derfor relativt treg prosess, som vanligvis er verbal og krever refleksjon, oppmerksomhet, intensjon og anstrengelse.

Automatisk eller implisitt mentalisering tillater parallell og derfor mye raskere prosessering, og krever lite eller ingen oppmerksomhet (Luyten et al., under publisering). I hverdagen er mentalisering i hovedsak implisitt og automatisk fordi man i de fleste interpersonlige situasjoner stoler på automatiske og ikke-refleksive antagelser om seg selv, andre og seg selv i relasjon med andre (Fonagy et al., 2012).

2. Mentalisering med indre versus ytre fokus

Indre mentalisering refererer til mentale prosesser som fokuserer på egne og andres mentale indre i form av tanker, følelser og ønsker. Ytre mentalisering referer til at mentale prosesser sluttes ut i fra fysiske og synlige trekk ved egne og andres handlinger og uttrykk. Indre-ytre distinksjonen er spesielt relevant for å forstå hvorfor noen pasienter virker å ha svært svekket kapasitet til å forstå og reflektere rundt andres sinn etter vurdering av indre trekk som ønsker og behov, men evner å lese emosjoner hos andre basert på ytre karakteristikk som for eksempel ansiktsuttrykk (Fonagy et al., 2012; Luyten et al., under publisering).

3. Mentalisering om seg selv versus mentalisering om andre

Mentalisering om seg selv handler om evnen til å reflektere rundt og forstå egne mentale tilstander, mens mentalisering om andre handler om kapasiteten til å reflektere om og forstå andres mentale tilstander. Det antas at mentalisering om seg selv og andre er nært knyttet, og at psykopatologi som er karakterisert av manglende evne til å forstå seg selv også i mange tilfeller er karakterisert av svekkelser i evnen til å reflektere om andres tanker, følelser og atferd. Allikevel betyr ikke det at svekkelser i å mentalisere om seg selv nødvendigvis gir svekkelser i kapasiteten til å mentalisere om andre, det er også mulig å ha en ubalanse mellom disse to. Både evnen til å mentalisere om seg selv og evnen til å mentalisere om andre kan foregå med fokus på indre mentalisering i form av egne og andres mentale indre og ytre mentalisering med fokus på ytre karakteristikk (Fonagy et al., 2012; Luyten et al., under publisering).

4. Kognitiv mentalisering versus affektiv mentalisering

De mentale tilstandene til en selv og andre blir både kognitivt vurdert og tillagt affektiv verdi. Den kognitive mentalisering er ofte en kontrollert perspektiv-takningsprosess hvor man reflekterer over egne og andres mentale tilstander. Den affektive mentaliseringen er en mer automatisk og implisitt prosess som blant annet omfatter affektiv empati og emosjonell speiling. Full mentalisering krever at man integrerer både den kognitive og affektive mentaliseringen (Fonagy et al., 2012; Luyten et al., under publisering).

1.1.2 Nærliggende begreper

Det har lenge eksistert og eksisterer fremdeles mange psykologiske begreper som er ment å fange opp lignende ideer som mentaliseringsbegrepet. Noen av disse er mindfulness, empati, emosjonell intelligens, innsikt, theory of mind, sosial kognisjon og alexithymi (Allen, 2006; Choi-Kain & Gunderson, 2008). Kun theory of mind og alexithymi vil bli presentert her da disse begrepene er tett knyttet til to av instrumentene brukt i denne studien.

Theory of mind (ToM)

Theory of mind (ToM) handler om evnen til å tilskrive mentale tilstander til andre i form av intensjoner, ønsker og oppfatninger. ToM legger også vekt på at andres atferd og handlinger kan predikeres og forklares ut i fra en forståelse av deres mentale tilstander (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, & Plumb, 2001). På lik linje med mentalisering har ToM fokus på individets forståelse av at andres oppfatninger og ønsker er forskjellig fra ens egne. ToM legger i hovedsak vekt på forståelsen av andres mentale tilstander og ikke forståelsen av egne tilstander, og ToM er derfor et begrep som fanger opp mentalisering om andre og ikke mentalisering om seg selv (Baron-Cohen et al., 2001; Luyten et al., 2012).

Alexithymi

Alexithymi er et hypotetisk begrep som ble avledet etter kliniske observasjoner av pasienter med klassiske psykosomatiske lidelser (Nemiah, Freyberger, & Sifneos, 1976; Sifneos, 1973). Alexithymi refererer til vanskeligheter med å med å identifisere egne følelser, beskrive egne følelser og eksternalisert orientert tankestil, og antas dermed å fange opp mentalisering om egne indre tilstander (Bagby, Parker, & Taylor, 1994; Luyten et al., 2012). Mentalisering om andre blir derimot ikke omfattet av alexithymibegrepet, da begrepet ikke omhandler aspektene av mentalisering som handler om å forstå andres tanker, følelser og ønsker (Taylor & Bagby,

2013). Alexithymi fanger opp både kognitiv og affektiv mentalisering, da det handler om en integrering av kognitive tolkninger av emosjonelle opplevelser (Luyten et al., under publisering).

1.1.3 Mentalisering og affektregulering

Mentalisering og affektregulering er to separate, men relaterte begreper. I mentaliseringstradisjonen tenker man at hemmet mentalisering og psykopatologi er forbundet med hverandre gjennom redusert regulering av følelser (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Generell teori om hvordan mentalisering og affektregulering henger sammen vil nå presenteres. Affektreguleringens rolle i forholdet mellom mentalisering og spiseforstyrrelser vil presenteres i avsnitt 1.3.3. Spiseforstyrrelse som en reguleringsforstyrrelse.

Når barnet utvikler en evne til å mentalt representere affektive tilstander, dannes basisen for affektregulering og impuls kontroll ved at affekt kan bli manipulert og fås utløp for. Dette kan gjøre at affekter oppleves som noe gjenkjennelig og dermed også kan deles. Sinnet anvendes til refleksjon og ettertanke, slik at man kan søke realistiske veier for håndtering av følelsene fremfor å impulsivt handle på dem (Skårderud et al., 2012). Fonagy et al. (2002) forklarer begrepet mentalisert affekt som en avansert form for affektregulering som betegner hvordan affekter oppleves når de er gjenstand for selvrefleksjon. Gjennom mentalisering av affekt oppnår man bedre kjennskap til sine egne affektive opplevelser. Det er rimelig å gå ut fra at jo bedre kjennskap man har til sine subjektive opplevelser, jo mer effektiv kan reguleringen være. Mentalisert affekt omfatter identifisering, regulering og uttrykkelse av affekt. De ulike elementene er knyttet til hverandre, og man tenker at en identifisering av affekt er en forløper for regulering og at affektuttrykket avhenger av reguleringen (Fonagy et al., 2002).

Affektregulering forsås som evnen til å modifisere affektilstander, men i tillegg kan affektregulering ha konsekvenser for regulering av selvet. Selvregulering inntreffer når gjenstanden for regulering er selvet, men det er viktig å presisere at dette ikke kun skjer gjennom regulering av affekt. Selvregulering anses dermed i en viss forstand å være en høyere form for affektregulering (Fonagy et al., 2002). Mangel på selvregulering antas å kunne føre til ustabil selvfølelse og opplevelse av mangel på kontroll (Skårderud et al., 2012). Mentaliseringstradisjonen beskriver at både regulering av affekt og regulering av selvet er avhengig av evnen til å mentalisere (Fonagy et al., 2002).

1.2 Spiseforstyrrelser

Å være opptatt av kropp, vekt og utseende er vanlig i det vestlige samfunn i dag. Det er når fokuset på kropp, vekt og utseende begrenser livsutfoldelsen, og at tanker og følelser rundt mat og vekt blir styrende for personen slik at det går ut over livskvaliteten, at det er snakk om en spiseforstyrrelse. Et annet viktig aspekt er at atferd som følger med spiseforstyrrelsen, som blant annet ekstrem slanking eller gjentatt selvindusert oppkast, kan være veldig belastende for kroppen (Fairburn & Harrison, 2003; Skårderud, 2013). Spiseforstyrrelser ble i utgangspunktet sett på som en kvinnelidelse, men de siste to tiår har kunnskapen økt om menn med spiseforstyrrelser. Det antas at cirka 10% av de med spiseforstyrrelse er menn (Skårderud, 2013). Det er begrenset kunnskap om årsakene til spiseforstyrrelser, og man antar at det er et samspill mellom kulturelle, arvelige og psykologiske faktorer som blant annet tilknytning, traumer og personlighet (Fairburn & Harrison, 2003; Rosenvinge, 2009).

1.2.1 Diagnoser

I Verdens helseorganisasjon (WHO) sitt diagnostikksystem International Classification of Diseases 10 (ICD-10) deles de alvorlige spiseforstyrrelsene inn i anorexia nervosa, atypisk anorexia nervosa, bulimia nervosa, atypisk bulimia nervosa og uspesifikk spiseforstyrrelse (Statens helsetilsyn, 2000). Det er ICD-10 diagnosene som er benyttet i denne studien, men mye av forskningen på spiseforstyrrelser er gjort med det amerikanske diagnosesystemet Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Spiseforstyrrelsene er i hovedsak inndelt på samme måte i de to diagnosesystemene, men DSM-5 inneholder i tillegg en overspisingslidelse (Binge Eating Disorder) (American Psychiatric Association, 2013). Det er utenfor rammene til denne oppgaven å gå nærmere inn på forskjeller i de ulike diagnosesystemene. For å oppfylle kriteriene for en spiseforstyrrelse legges det uansett diagnose vekt på den psykiske komponenten ved spiseforstyrrelser som handler om den overdrevne følelsesmessige og tankemessige overopptattheten av kropp (Skårderud, 2013).

Anorexia nervosa

Anorexia nervosa kjennetegnes av sykelig frykt for overvekt og forstyrret kroppsoppfatning som gir motstand mot å opprettholde normal vekt i forhold til alder og høyde, noe som resulterer i et bevisst vekttap. Ved anoreksi skal vekten være minst 15% under forventet vekt eller Body Mass Index (BMI) på 17,5 eller mindre (World Health Organization, 1993, 1999). Lav vekt er i hovedsak et resultat av omfattende restriksjoner av matinntak, men kan i tillegg

skyldes overdreven trening og bruk av teknikker for vektkontroll, som blant oppkastast (Fairburn & Harrison, 2003). Lav vekt kan føre til bortfall av menstruasjon hos kvinner, samt at det i en del tilfeller resulterer i behandlingstrengende somatiske tilstander (Statens helsetilsyn, 2000). Pasienter med atypisk anorexia nervosa har relativt typiske kliniske bilder på anorexia nervosa, men tilfredsstiller ikke alle kriteriene (World Health Organization, 1999).

Bulimia nervosa

Det som i hovedsak skiller bulimia nervosa fra anorexia nervosa er at forsøket på å begrense matinntaket er avbrutt av gjentatte episoder med overspising av store mengder mat. Disse overspisingsepisodene innebærer en subjektiv opplevelse av å miste kontrollen over matinntaket. Overspisingsepisodene er ofte etterfulgt av kompensatoriske atferder, som selvindusert oppkast eller bruk av laksativer. Kombinasjonen av lavt matinntak og overspisingsepisoder gjør at det ikke nødvendigvis er store endringer i vekt (Fairburn & Harrison, 2003; Skårderud, Rosenvinge, & Götestam, 2004). Til tross for lite endring i vekt kan de med bulimi ha en sykkelig frykt for overvekt og et ønske om en vekt som er under det som anses som sunt (Statens helsetilsyn, 2000). Atypisk bulimia diagnose gis hvis personen mangler en eller flere av de diagnostiske kriteriene til bulimia nervosa, men hvor det kliniske bildet ellers er veldig likt (World Health Organization, 1999).

Uspesifikk spiseforstyrrelse

Uspesifikk spiseforstyrrelse betegner spiseforstyrrelser som ikke eller kun delvis tilfredsstiller kriteriene for anorexia nervosa eller bulimia nervosa. Denne pasientgruppen har ofte lavere frekvens og kortere varighet av atferdssymptomene, men like høyt eller høyere innslag av psykologiske symptomer (Rosenvinge, 2009).

Overspisingslidelse (Binge eating disorder- BED)

Denne spiseforstyrrelsen finnes kun i DSM, mens i ICD-10 klassifiseres dette symptombildet som en uspesifikk spiseforstyrrelse. Lidelsen kjennetegnes av episoder av overspising, men innebærer ikke de kompensatoriske atferdene man ser ved bulimi. Denne gruppen pasienter vil ofte være veldig overvektige (Skårderud et al., 2004). Selv om pasienter med BED på lik linje med pasienter med bulimi har episoder med overspising, virker det som det er begrenset overlapp med de andre spiseforstyrrelsene. Pasientgruppen som er affisert med BED er blant annet gjennomsnittlig eldre, og overspisingen skjer i lys av en generell tendens til å overspise mer enn i lys av spiserestriksjoner (Fairburn & Cooper, 2011; Fairburn & Harrison, 2003).

1.2.2 Distinkte lidelser eller transdiagnose?

Det er mye debatt om hvorvidt det eksisterer distinkte forskjeller mellom ulike spiseforstyrrelses diagnoser, og dermed også om de ulike diagnostiske gruppene bør forstås og forskes på separat. De ulike diagnosene har ulikt uttrykk, og det er funnet forskjeller i behandlingseffekt og prognose (Polivy & Herman, 2002; Steinhausen, 2009). Allikevel er det flere ting som taler for en felles diagnose og det har blitt foreslått en transdiagnostisk forståelse av spiseforstyrrelser (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003; Fairburn & Harrison, 2003). Argumentet for en transdiagnostisk forståelse er blant annet at alle pasienter med spiseforstyrrelser deler de samme distinktive og karakteristiske symptomene med overopptatthet av mat, vekt og kropp. I argumentasjonen for et transdiagnostisk perspektiv legger også Fairburn et al. (2003) vekt på at mange pasienter med spiseforstyrrelser vandrer mellom de ulike diagnosegruppene (se f.eks Eddy et al., 2008; Herzog, Hopkins, & Burns, 1993; Steinhausen, 2009; Tozzi et al., 2005). Denne studien tar ikke stilling til det transdiagnostiske perspektivet, men studien antar at mentalisering er en mekanisme som ligger til grunn på tvers av diagnostiske grupper. Samtidig gjennomføres studien med en bevissthet om at det også eksisterer forskjeller mellom de diagnostiske gruppene. Dermed vil studien i tillegg til å undersøke pasientgruppen samlet, også undersøke anoreksi- og bulimigruppen separat. Da det er usikkert hvorvidt de som har et symptombilde som kjennetegnes av overspising og høy vekt uten vektregulerende strategier overlapper med de resterende spiseforstyrrelsesvariantene, har vi valgt å ekskludere denne gruppen fra vår studie.

1.2.3 Alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelsen

Uavhengig av diagnose er det stor individuell variasjon i alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelsen. Det er et kontinuum fra det sunne til det alvorlig syke. Vurdering av alvorlighetsgrad kan gjøres på bakgrunn av en mer subjektiv og generell vurdering av opplevd livskvalitet og belastninger, samtidig som alvorlighetsgraden av spiseforstyrrelsen mer spesifikt kan vurderes ut ifra grad av spiseforstyrrelsessymptomer og BMI. BMI er et omdiskutert mål på spiseforstyrrelser. Det tar ikke hensyn til kroppstype, og ingen andre aspekter ved spiseforstyrrelsen blir fanget opp av dette målet. Samtidig benyttes BMI i arbeid med pasienter med anoreksi for å klassifisere alvorlighetsgrad av undervekt, og for ta avgjørelser for nødvendighet av innleggelse i sykehus (Skårderud, 2013).

1.3 Mentaliseringsevne og spiseforstyrrelser

1.3.1 Teoretisk sammenheng mellom mentalisering og spiseforstyrrelser

Mentalisering er et relativt nytt begrep innen spiseforstyrrelsestradisjonen, men begrepet bygger på en forståelse som er i tråd med tanker som har vært innenfor spiseforstyrrelsesfeltet lenge. Antagelsen om at pasienter med spiseforstyrrelser har begrenset evne til å oppfatte og reflektere over egne tanker, følelser og kroppslige signaler har vært tilstede i flere tiår (Skårderud & Fonagy, 2012). Hilde Bruch, en av pionerene innenfor spiseforstyrrelsesfeltet, brukte begrepet ”interoceptive confusion” (introspektiv forvirring) for å beskrive hvordan hun på bakgrunn av kliniske observasjoner oppfattet at den unge anoreksipasienten hadde vansker med å sanse og tolke kroppens signaler. Hun beskrev også at pasientene opplevde egne følelser på en forvirrende måte, og at de hadde problemer med å beskrive følelsene sine (Bruch, 1962, 1973). Mentaliseringstradisjonen introduserer altså ikke en helt ny forståelse av spiseforstyrrelser, men revitaliserer en forståelse introdusert av Bruch (Skårderud, 2009).

Den teoretiske forståelsen av mentaliseringssvekkelse ved spiseforstyrrelser har hatt fokus på å forstå mentaliseringssvekkelsen på bakgrunn av de førmentaliserende formene psykisk ekvivalens, forestillingsmodus og teleologi (Skårderud, 2007a, 2007b; Skårderud & Fonagy, 2012; Skårderud et al., 2012). Det dimensjonelle perspektivet som kommer fra forskningstradisjonen kan derimot virke å ha fått mindre plass i den teoretiske forståelsen av sammenhengen mellom mentalisering og spiseforstyrrelser. Presentasjonen av den teoretiske sammenhengen vil derfor beskrives med fokus på de førmentaliserende formene. Samtidig er det forsøkt å dele inn den teoretiske forståelsen mentalisering om henholdsvis egne og andres mentale tilstander, da denne mentaliseringsdimensjonen vil belyses videre i oppgaven.

Evnen til å mentalisere om seg selv ved spiseforstyrrelser

Historisk kan det være interessant å se hvordan mentaliseringsbegrepet allerede på 1960-tallet ble anvendt av fagpersoner som jobbet med psykosomatiske tilstander (Lecours & Bouchard, 1997). Denne tradisjonen fortolket psykosomatiske symptomer som manglende mentalisering, da det ble tenkt at livserfaringene ikke blir noe man kan reflektere over, men heller forblir kroppslige (Skårderud et al., 2012). Denne fortolkningen ligner hvordan mentaliseringstradisjonen i dag forstår spiseforstyrrelser, hvor man tenker at følelser og forhold blir konkretisert og somatisert fremfor mentalisert (Skårderud et al., 2012). Skårderud (2007a, 2007b) beskriver at en spesifikk mentaliseringssvikt ved spiseforstyrrelser handler om

at det er som om sinnet blir til kropp, slik at følelsesmessige erfaringer mestres, eller mestres ikke, via overopptatthet av kropp. Det antas at pasienter med spiseforstyrrelser trenger å oppleve seg selv utenifra fordi de har manglende evne til å representere mentale tilstander og psykiske opplevelser innenfra (Fonagy et al., 2002). Ifølge Fonagy et al. (2002) er det karakteristisk for denne type pasienter at de ikke opplever kontroll over deres indre verden, mens de kan oppleve noe kontroll over kroppen.

De førmentaliserende formene har blitt beskrevet som spesielt egnet til å belyse hvordan pasienter med spiseforstyrrelser har vansker med å forstå seg selv. Psykisk ekvivalens har blitt beskrevet som et sentralt aspekt av kroppsliggjøringen ved spiseforstyrrelser (Skårderud & Fonagy, 2012; Skårderud et al., 2012). Den umiddelbare nærheten mellom mental og fysisk erfaring ved psykisk ekvivalens kan komme til uttrykk hos pasienter med spiseforstyrrelser ved at sinnstilstander blir nært knyttet til kroppslige erfaringer. Kroppslige erfaringer som sult, størrelse og vekt anvendes da ikke primært som symbolisering av ikke-fysiske fenomener, men blir konkrete uttrykk for mentale forhold (Skårderud et al., 2012). ”Å være tynn føles som man er overlegen, og da er man overlegen” (Skårderud et al., 2012, s. 13). Splittelsen eller dissosieringen mellom indre tilstand og ytre virkelighet ved forestillingsmodus kan hos pasienter med spiseforstyrrelse komme til uttrykk som en frakobling mellom indre tilstand og den ytre verden. Dissosieringen kan handle om både følelser og kropp. Dette kan blant annet vise seg ved spiseforstyrrelser ved at både følelser og kropp oppleves som fjernt, og at kroppen kjennes som et skall fremfor at det kjennes som ens egen (Skårderud, Sommerfeldt, Sætherhaug, & Zachrisson, 2008).

Hos pasienter med spiseforstyrrelser antas teleologi å komme til uttrykk ved manglende tro på emosjonelle realiteter om de ikke kommer fysisk til uttrykk. Dette kan vise seg ved at pasientens ønske om å forandre seg blir forsøkt realisert gjennom endring av kroppen. Et eksempel er at pasientene ofte ønsker å bedre selvfølelse ved å tape vekt. Et annet eksempel er at det å ta kontroll over mat blir en måte å ta kontroll over bekymringer og angst (Skårderud & Fonagy, 2012; Skårderud et al., 2012). Ved spiseforstyrrelser ser man at den menneskelige kroppen blir observert som affektiv regulator (Skårderud et al., 2008).

Evnen til å mentalisere om andre ved spiseforstyrrelser

Begrenset evne til å forstå og differensiere egne følelser og behov kan gjøre at pasienter med spiseforstyrrelse mangler egne retningslinjer og signaler. Den manglende kontakten med egne

retningslinjer og signaler kan gjøre at man blir avhengig av, og samtidig ubeskyttet ovenfor andres forventninger, og dermed i stor grad blir styrt av ytre signaler (Buhl, 1990; Skårderud, 2013). Det har blitt beskrevet en antagelse om at pasienter med spiseforstyrrelser tvangsmessig tolker andres sinn og kropp, men at det ikke skjer på en presis måte. En overopptatthet mot ytre signaler må dermed ikke forveksles med god evne til å mentalisere om andre, da det heller kan gi vansker med å mentalisere om andre. Begrepet hypermentalisering har blitt foreslått som relevant for pasienter med spiseforstyrrelser. Hypermentalisering handler om en overspent sensitivitet til å tolke andres signaler, men hvor signalene blir overfortolket. Man er da dyktig til å avlese selve affekten, men feiltolker grad av affekten og hvorfor den oppstår. Et eksempel kan være at man identifiserer affekten sinne hos den andre, men feiltolker at man selv er årsak til den andres sinne (Skårderud & Fonagy, 2012; Skårderud et al., 2012).

Mentaliseringssvekkelser antas å ikke bare påvirke pasientens forhold til seg selv og egen kropp, men også svekke interpersonlig fungering (Skårderud et al., 2012). Interpersonlige svekkelser og svekkede sosiale funksjoner antas å være sentralt ved spiseforstyrrelser (Fairburn et al., 2003; Skårderud et al., 2012). Antagelsen har fått empirisk støtte av studier som har funnet at pasienter med spiseforstyrrelser viser sosiale svekkelser og interpersonlige problemer (f.eks. Godart et al., 2004; Hartmann, Zeeck, & Barrett, 2010). Det kan her presiseres at ikke bare evnen til å mentalisere om andre, men også evnen til å mentalisere om seg selv, kan gi vansker i relasjoner. En svekket evne til å anvende både eget og andres sinn, kan blant annet føre til at man raskere misforstår og blir misforstått i relasjon til andre (Skårderud et al., 2012).

De førmentaliserende formene har blitt foreslått som begreper som også kan utdype forståelsen av vanskene pasienter med spiseforstyrrelser kan ha med å mentalisere om andre. Begrepene teleologi og psykisk ekvivalens kan blant annet beskrive pasientenes konkrete forståelse av andre. Teleologi kan komme til uttrykk ved at pasienten ikke tror på andre med mindre det er synlige og fysiske bevis for det. Det blir beskrevet at dette kan skje i den terapeutiske relasjon, hvor terapeuten ikke oppfattes som hjelpsom uten konkrete handlinger som tilbud om å sette opp ekstra time. Teleologi kan også forklare hvorfor en kroppslig sammenligning med terapeut blir viktig for om pasientene antar at terapeuten kan hjelpe dem. Et eksempel på dette er at en overvektig terapeut kan tolkes til å ikke kunne være til hjelp, da terapeuten selv ikke har vist at han eller hun har kontroll (Skårderud & Fonagy, 2012;

Skårderud et al., innsendt for publisering; Skårderud et al., 2012). Tolkningen av at terapeuten ikke kan være til hjelp kan også antas å være et uttrykk for psykisk ekvivalens, hvor ytre kroppsfaktorer blir det samme som indre, slik at terapeutens form blir ensbetydende med manglende kontroll.

1.3.2 Funn på sammenheng mellom mentalisering og spiseforstyrrelser

Det er gjort begrenset med forskning på sammenhengen mellom mentalisering og spiseforstyrrelser. I sine kvalitative studier med pasienter med anoreksi viste Skårderud (2007a, 2007b) at i gruppen han undersøkte fungerte kroppen som konkrete metaforer, hvor kroppsfornemmelser og kvaliteter som sult, figur og vekt var fysiske enheter som representerte mentale tilstander. Pasientene viste en tett kontakt mellom fysisk og psykologisk virkelighet hvor blant annet restriktiv kontroll på mat representerte psykologisk selvkontroll. Denne konkretiseringen av mentalt liv tolkes som svekket mentalisering i form av psykisk ekvivalens (Skårderud, 2007a, 2007b; Skårderud et al., 2008).

I en del av den kvantitative forskningen på mentalisering og spiseforstyrrelser er mentalisering operasjonalisert gjennom Refleksiv funksjon (RF). RF måles ved at en intervjuer, ved bruk av et kodingsskjema, skårer hvordan og i hvilken grad intervjuobjektet tar hensyn til, omtaler og er bevisst sine egne og andres sinnstilstander når de beskriver sin egen tilknytningshistorie i Adult Attachment Interview (Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998). RF gir kun en skåre på mentaliseringsevne, og det er begrenset mulighet for å tolke skåren i lys av dimensjoner (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Flere studier som har benyttet RF har funnet at pasienter med spiseforstyrrelser skåret lavere på mentalisering enn både ikke-kliniske utvalg (Rothschild-Yakar et al., 2010; Ward et al., 2001), og lavere enn utvalg med pasienter med andre symptomlidelser (Fonagy et al., 1996).

Studier som er gjort på alexithymi og ToM i spiseforstyrrelsesutvalg gir støtte for at begge disse aspektene er svekket ved spiseforstyrrelser. Både alexithymi og ToM er nærliggende begreper som fanger opp aspekter ved mentalisering, hvor begrepene er ment å fange opp henholdsvis mentalisering om seg selv og mentalisering om andre. Det er en del studier som har undersøkt begrepet alexithymi i spiseforstyrrelsesutvalg, og disse studiene har gitt empirisk støtte for at pasienter med spiseforstyrrelser gjennomsnittlig har høyere alexithymiskår, altså dårligere evne til å mentalisere om seg selv, enn personer uten registrerte psykiske lidelser (Beadle, Paradiso, Salerno, & McCormick, 2013; Bourke, Taylor, Parker, &

Bagby, 1992; Kessler, Schwarze, Filipic, Traue, & von Wietersheim, 2006; Taylor, Parker, Bagby, & Bourke, 1996). Studier på ToM har videre gitt empirisk støtte for at pasienter med spiseforstyrrelser også presterte svakere enn personer uten registrerte psykiske lidelser, noe som indikerer at pasienter med spiseforstyrrelser også har svekket evne til å mentalisere om andre (Harrison, Sullivan, Tchanturia, & Treasure, 2010; Harrison, Tchanturia, & Treasure, 2010; Russell, Schmidt, Doherty, Young, & Tchanturia, 2009; Tchanturia et al., 2004), selv om det har vært noe sprikende resultater (Adenzato, Todisco, & Ardito, 2012).

De fleste av studiene som er gjort på RF, ToM og alexithymi har undersøkt forskjeller i mentaliseringsevne mellom pasienter med spiseforstyrrelser og sammenligningsgrupper bestående av personer under registrert psykisk lidelse. Man kan tenke seg at en slik sammenligning mellom gruppene indikerer at svekket mentaliseringsevne er relatert til spiseforstyrrelse, men samtidig kan slike mellomgruppestudier forstyrres av andre variabler som skiller gruppene. Det har også blitt undersøkt om mentaliseringsevnen er ulik for de ulike gruppene av spiseforstyrrelsesdiagnoser, noe som har gitt sprikende resultater (Perkins, 2009; Wilshire, 2011). Wilshire (2011) skriver at en konfunderende variabel kan være at evnen til å mentalisere er relatert til alvorligheten av spiseforstyrrelsen og ikke diagnosen.

Et begrenset antall studier har undersøkt sammenhengen mellom mentaliseringsevne og alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelser (Laquatra & Clopton, 1994; Perkins & Rogoff, 2011; Rothschild-Yakar et al., 2010; Taylor et al., 1996; Wilshire, 2011). Studier som har benyttet BMI og vekt som mål på alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelsen har ikke funnet signifikant sammenheng med mentaliseringsevne (Harrison, Sullivan, et al., 2010; Laquatra & Clopton, 1994; Wilshire, 2011). De få studiene som har operasjonalisert alvorlighetsgrad gjennom symptomvariabler har ikke gitt tydelige svar på hvordan mentaliseringsevne relaterer seg til grad av spiseforstyrrelsessymptomer. Noen studier har funnet at det er en sammenheng mellom evne til å mentalisere om seg selv og spiseforstyrrelsessymptomer (Laquatra & Clopton, 1994; Perkins & Rogoff, 2011), men denne sammenhengen har ikke alltid blitt funnet (Taylor et al., 1996). Etter hva vi vet er det kun to studier som har undersøkt sammenhengen mellom evnen til å mentalisere om andre og spiseforstyrrelsessymptomer og disse ga motstridene resultater (Harrison, Sullivan, et al., 2010; Perkins & Rogoff, 2011). Overnevnte studier på mentaliseringsevne og alvorlighetsgrad har visse begrensninger. De fleste av studiene er ikke gjort med utvalg av pasienter med spiseforstyrrelser, og de studiene som er gjort på spiseforstyrrelsespasienter har hatt relativt små utvalg. Videre har studiene i

hovedsak kun brukt en mentaliseringsvariabel og en spiseforstyrrelsesvariabel. De sprikende resultatene og begrensingene ved de tidligere studiene indikerer at denne sammenhengen bør undersøkes videre. Det vil være en styrke å benytte flere mål på mentaliseringsevne og alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelsen for å få en mer helhetlig og presis forståelse av sammenhengen.

Oppsummert kan den begrensede forskningen på mentalisering og spiseforstyrrelser indikere at pasienter med spiseforstyrrelser har svekket mentaliseringsevne. Det er blitt etterspurt flere studier som undersøker sammenhengen mellom mentalisering og alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelser. Det antatte kausale forholdet mellom mentalisering og spiseforstyrrelser vil være styrket hvis man kan finne et dose-respons forhold, hvor pasientene med størst mentaliseringssvikt er de som har det mest alvorlige uttrykket av sykdommen. Forskningen har antydnet at både mentalisering om seg selv og mentalisering om andre er svekket ved spiseforstyrrelser, men det dimensjonelle perspektivet har blitt lite spesifikt adressert. Få studier har undersøkt både evnen til å mentalisere om seg selv og andre i samme utvalg, og studiene har dermed ikke kunne gitt svar på hvorvidt de to mentaliseringsaspektene har ulik betydning ved spiseforstyrrelser. Å undersøke de ulike aspektene av mentalisering anses som viktig for bedre å kunne forstå og beskrive spiseforstyrrelser, og dermed kunne skreddersy en behandling som er tilpasset den spesifikke psykopatologien (Skårderud et al., 2008; Wilshire, 2011). Denne studien vil prøve å adressere noen av manglene i forskningsfeltet på mentalisering og spiseforstyrrelser. Vi vil undersøke hvorvidt mentaliseringsevnen er relatert til alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelsen gjennom mål på symptomtrykk og BMI. I tillegg vil denne studien adressere det dimensjonelle perspektivet ved at mentaliseringsevne vil måles ved instrumenter som fanger opp dimensjonen selv-andre, samt at mentaliseringsevnen om andre vil undersøkes både i forhold til indre og ytre mentalisering. Denne studien vil også undersøke hvorvidt affektregulering er en mediator mellom mentalisering og spiseforstyrrelser. Dette er etter det vi vet ikke tidligere empirisk undersøkt.

Vi vil nå se nærmere på hvordan spiseforstyrrelser kan forstås som en reguleringsforstyrrelse, før vi deretter belyser sammenhengen mellom mentalisering, affektregulering og spiseforstyrrelser.

1.3.3 Spiseforstyrrelse som en reguleringsforstyrrelse

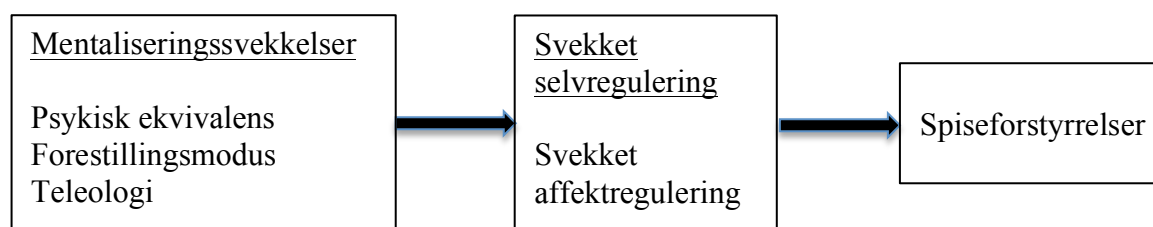
Som nevnt tidligere beskriver mentaliseringsteorien at svekket mentaliseringsevne og psykopatologi er forbundet med hverandre gjennom redusert regulering av følelser (Skårderud et al., 2012). Det er bred enighet om at svekket evne til å regulere affekt er sentralt ved spiseforstyrrelser (Fairburn, Shafran, & Cooper, 1999; Rosenvinge, 2009; Skårderud & Fonagy, 2012). Spiseforstyrrelsessymptomer, som å sulte seg, overspise og kaste opp, kan forstås som måter å lindre eller kvitte seg med følelser (Skårderud & Fonagy, 2012). Fellestrekk ved forskjellige spiseforstyrrelseslidelser er at kontroll over mat og kropp kan gi noe emosjonell lettelse, og man kan tenke seg at ulike strategier for å oppnå dette kan gi ulikt uttrykk av spiseforstyrrelsen. Pasienter med anoreksi antas å benytte unngåelse av mat og oppnåelse av tynnhet for å kjenne seg bedre, mens pasienter med bulimi kan kjenne noe emosjonell lettelse ved overspising etterfulgt av kompensatorisk atferd (Polivy & Herman, 2002). Et ekstremt behov for kontroll av både spising og andre aspekter ved adferd blir ansett som svært sentralt ved spiseforstyrrelser (Fairburn et al., 1999). Sosial tilbaketrekning, som ofte ses ved spiseforstyrrelser, kan også ses på som forsøk på å kontrollere og mestre følelser da følelser ofte vekkes i relasjon med andre mennesker (Buhl, 1990).

Affektregulering kan, som nevnt tidligere, forstås som en del av selvregulering (Fonagy et al., 2002). Det er økende konsensus om at spiseforstyrrelser er manifestasjoner av en underliggende forstyrrelse av selvregulering, hvor endring av kroppen blir tiltak for å fremme selvfølelse og kontroll. Det antas at manglende indre selvregulering er sentralt ved spiseforstyrrelser, og at det fører til at pasienter med spiseforstyrrelser føler seg inadekvat, ineffektiv og ute av kontroll. Symptomer forstås da ikke kun som strategier for å regulere affekt, men også for å gjenvinne sammenheng og selvfølelse (Bruch, 1973; Goodsitt, 1997; Skårderud et al., 2012).

Forståelsen av spiseforstyrrelser som en reguleringsforstyrrelse, og da i hovedsak affektreguleringsforstyrrelse, har fått empirisk støtte. Flere studier har funnet at pasienter med spiseforstyrrelser uttrykker mer vansker med affektregulering enn personer uten registrert psykisk lidelse (se f.eks. Gilboa-Schechtman, Avnon, Zubery, & Jeczmién, 2006; Harrison, Sullivan, et al., 2010). Waller og Hodgson (1996) fant gjennom eksperimentell metode at opplevd tap av kontroll førte til at spiseforstyrrelsespasienter følte seg tykkere og mer pessimistiske. At tap av kontroll er nært knyttet til spiseforstyrrelsessymptomer gir støtte for

at kroppen blir bærer av kontrolltapet, og man kan tenke seg at en måte å gjenvinne kontroll er å regulere kroppen. Endring av kropp kan altså forstås som forsøk på å føle seg bedre.

Pasientenes vansker med å regulere følelser antas å være nært knyttet til en svekket evne til å identifisere indre tilstander. Ut i fra mentaliseringstradisjonen defineres den manglende evnen til å identifisere og forstå indre tilstander som en mentaliseringssvekkelse (Skårderud et al., 2012). Å oppleve kontroll over følelser og behov kan være vanskelig når evnen til å forstå de indre signalene er begrenset. Når evnen til å være oppmerksom ovenfor indre signaler er forstyrret, kan følelser og behov kjennes som diffus, indre, ubehagelig uro som er vanskelig å tolerere og holde ut. Et slikt følelsesmessig ubehag kan bli forsøkt ”sultet vekk” eller ”spist vekk” (Buhl, 1990; Polivy & Herman, 2002; Skårderud, 2013). Svekket evne til å mentalisere gjør det vanskelig å ha kontroll over følelser og impulser, noe som for pasienter med spiseforstyrrelser øker behovet for å bruke kroppen som en reguleringsmekanisme. Spiseforstyrrelsessymptomer kan dermed ses på som forsøk på å gjenvinne kontroll over følelser når følelsene ikke mestres regulert gjennom mentale prosesser og refleksjon. I vid forstand kan man tenke at sammenhengen mellom svekket mentaliseringsevne og spiseforstyrrelser går gjennom svekket selvregulering, og mer spesifikt antas det at sammenhengen i hovedsak går gjennom svekket evne til å regulere affekt.



Figur 1. Illustrasjon av den teoretiske antagelsen om sammenheng mellom mentalisering og spiseforstyrrelser.

Som vist i figur 1 antas det at mentaliseringssvekkelser i form av psykisk ekvivalens, forestillingsmodus og teleologi henger sammen med spiseforstyrrelser gjennom svekket selvregulering og mer spesifikt affektregulering. Basert på presentert teori og empiri antas en casual sti fra mentaliseringssvekkelser gjennom svekket affektregulering til spiseforstyrrelser.

1.4 Problemstilling og hypoteser

Vi vil i denne oppgaven undersøke sammenhengen mellom mentaliseringsevne og spiseforstyrrelser. Sammenhengen undersøkes gjennom å sammenligne ulike mål på

mentaliseringssevne og mål på alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelse i en pasientgruppe i Norge diagnostisert med ulike former for spiseforstyrrelser.

Sammenhengen mellom mentalisering og spiseforstyrrelser vil undersøkes ut fra en teoretisk antagelse om en kausal retning fra svekket mentalisering til utvikling av spiseforstyrrelser. Denne studiens hypotese er at svekket mentaliseringssevne henger sammen med høyere alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelsen. Sammenhengen forventes å være tilstede spesielt når alvorlighetsgrad måles gjennom symptomer, men på bakgrunn av tidligere forskning og diskusjon om hvorvidt BMI er det godt mål på alvorlighetsgrad, antas det at BMI ikke viser den samme sammenhengen med mentaliseringssevner. Studien bygger videre på en dimensjonell tilnærming til mentaliseringsbegrepet, og mentaliseringssevne om egne og andres mentale tilstander undersøkes separat. Det forventes at både svekket evne til å mentalisere om seg selv og svekket evne til å mentalisere om andre har en sammenheng med økt mengde spiseforstyrrelsessymptomer.

Denne studien vil videre undersøke hypotesen om at affektregulering medierer sammenhengen mellom mentalisering og spiseforstyrrelser.

Figur 2 illustrer de forventede sammenhengene.



Figur 2. Figuren viser sammenhengene vi forventer å finne i studien. Pilene viser antatt kausal sammenheng. + = signifikant positiv sammenheng. Vi tenker oss at kausale effekter i hovedsak går fra venstre mot høyre i modellen.

Studien vil undersøke om inkludering av kurvilineære effekter bedre kan forklare sammenhengen mellom mentalisering og spiseforstyrrelser.

Denne studien vil undersøke sammenhengen mellom alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelser og mentaliseringssevne på tvers av spiseforstyrrelsesdiagnosene, men studien vil også undersøke om sammenhengen mellom mentaliseringssevne og alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelsen er ulik hos pasienter med anoreksi og bulimi.

2 Metode

2.1 Prosedyre

2.1.1 Formål og kontekst

Datamaterialet denne oppgaven bygger på er innhentet i forskningsprosjektet ”Minding the body” tilknyttet Regional avdeling for spiseforstyrrelser (RASP), Oslo universitetssykehus. Prosjektet ble startet opp i 2007 og ble avsluttet våren 2014. Leder av prosjektet var psykiater Finn Skårderud. Forskningsprosjektet bestod av to understudier. I studie 1 var formålet å systematisk undersøke og måle mentalisering hos pasienter med spiseforstyrrelser for å øke forståelsen av den spesifikke psykopatologien. Studie 2 omhandlet implementering av mentaliseringsbasert terapi for pasienter med spiseforstyrrelser og effekten av denne behandlingen. Begge studiene bestod både av innhenting av kvantitative og kvalitative data (Skårderud et al., 2008). Denne oppgaven bygger på kvantitative data fra studie 1. Testpakken som ble benyttet i datainnsamlingen til studie 1 inneholdt flere instrumenter enn de som er benyttet og belyst i denne oppgaven. Tidligere er det kun gjort noen preliminære analyser på datamaterialet, og det er ikke tidligere publisert noe på det kvantitative materiale fra studien.

2.1.2 Testsituasjon og administrering

Data til forskningsprosjektet ble innhentet fra seks psykiatriske behandlingssteder for voksne med spiseforstyrrelser i Norge. Fire av behandlingsstedene var polikliniske og to var avdelinger med innlagte pasienter. Behandlingsstedene spurte alle pasienter som startet i behandling for spiseforstyrrelser i studiens rekrutteringsperiode om de ville delta i studien. Samtykke og informasjonsskriv utlevert til deltagerne i forskningsprosjektet er gjengitt i Appendix 1. Pasientene som valgte å delta hadde 3-5 innledende samtaler på behandlingsstedet. Samtalene bestod av klinisk intervju, samt det semistrukturerte intervjuet for personlighetsforstyrrelser, SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997). Basert på informasjon innhentet i de innledende samtalene ble det gjort en diagnostisk vurdering. Deretter fylte deltagerne ut testpakken.

2.1.3 Etske betraktninger

Denne studien involverte ikke skadelige prosedyrer eller intervensjoner. Deltagelse i studien var frivillig, og det påvirket ikke på noen måte pasientenes tilbud om behandling om de valgte

å ikke delta i studien, de fikk da tilbud om ordinær behandling. Deltagerne skrev under på informert samtykke ved inklusjon. Deltagerne kunne oppleve det noe stressende å svare på testmaterialet, men det ansås ikke som mer stressende enn kartlegging ved vanlig behandlingsstart. Deltagerne hadde når som helst mulighet til å trekke seg. Studien ble godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

2.2 Utvalg

Det opprinnelige utvalget besto av 89 deltakere. Inklusjonskriteriet var at pasientene var over 18 år, og at de oppnådde kriteriene til en spiseforstyrrelse. Eksklusjonskriteriene var pågående psykose og organisk hjerneskade/sykdom. Seks av deltakerne gikk i gruppebehandling for overvektsproblematikk på samme behandlingssted. Disse deltagerne ble ekskludert da de skilte seg markant ut fra resten av utvalget med BMI innen fedmekategorien ($BMI > 35$). En deltaker ble ekskludert grunnet svært høy andel manglende verdier i datafilen. Det endelige utvalget i denne studien bestod da av 82 deltakere.

Utvalget besto av fem menn (6,1%) og 77 kvinner (93,9%). Det ble vurdert å ekskludere mennene fra utvalget da menn har vist lavere skårer både på mentalisering- og spiseforstyrrelsesmålene enn kvinner, noe som kunne tenkes å gi misvisende resultat. For å undersøke påvirkningen av å inkludere menn i utvalget ble det gjort korrelasjonsanalyser mellom spiseforstyrrelsesmålene og mentaliseringsmålene både med og uten menn. Det var kun trivielle forskjeller og inklusjonen av menn viste seg dermed å ikke påvirke denne sammenhengen. Menn ble dermed inkludert. Deltakerne var i alder fra 18 til 48 år, hvor gjennomsnittsalder var 27,4 år ($SD=7,1$).

Tabell 1. *Oversikt over deltagernes hoveddiagnose.*

Diagnose	N	Prosent
F. 50.0 Anorexia nervosa	21	25,6%
F. 50.1 Atypisk anorexia nervosa	13	15,9%
F. 50.2 Bulimia nervosa	27	32,9%
F. 50. 3 Atypisk bulimia nervosa	4	4,9%
F. 50.9 Uspesifisert spiseforstyrrelse	5	6,1%
Ikke registrert hoveddiagnose	12	14,6%

Som tidligere nevnt var det et inklusjonskrav at pasientene i utvalget oppnådde kriteriene til en spiseforstyrrelsesdiagnose, men som tabell 1 viser er diagnose for 12 av pasientene ikke registrert i datafilen. Den største andelen av deltagerne hadde enten en anorexia- eller bulimiadiagnose (F.50.1-F.50.3). I denne studiens analyser ble deltagerne i både undersøkt som en gruppe, og det ble gjennomført separate analyser hvor deltagerne ble delt i en anoreksigruppe og en bulimigruppe. Anoreksigruppen bestod av deltagerne med diagnose F.50.0 og F.50.1. Bulimigruppen bestod av deltagerne med diagnose F.50.2 og F.50.3.

48 av pasientene (68,6% av de med registrert diagnose) hadde en eller flere bidiagnoser. De fleste av pasientene med bidiagnoser hadde affektive lidelser (45,7% av de med registrert diagnose) eller angstlidelser (24,3% av de med registrert diagnose). 28,6% av de med registrert diagnose var diagnostisert med en form for personlighetsforstyrrelse.

2.3 Materiale

Det ble i denne studien benyttet flere instrumenter for å måle ulike aspekter ved mentalisering, affektregulering og spiseforstyrrelser. Både mentalisering og spiseforstyrrelser kan operasjonaliseres på ulike måter. Vi vil gi en omfattende beskrivelse av hva de ulike instrumentene i denne studien er ment å måle, samt begrunne valg av skårer.

2.3.1 Operasjonalisering av mentalisering

Mentaliseringsfeltet er relativt nytt i forskningssammenheng, og mentalisering har blitt operasjonalisert på ulike måter i tidligere studier. Mentalisering er i denne studien operasjonalisert gjennom tre instrumenter som tapper ulike aspekter ved mentalisering: Toronto alexithymia scale (TAS), Reflective function questionnaire (RFQ) og Reading the mind in the eyes test (RMET). Da alle tre instrumentene er lite benyttet i Norge ligger de vedlagt i Appendiks 2, 3 og 4. RFQ deles inn i faktorene RFQ-self og RFQ-other. I mentaliseringstradisjonen har Reflektiv funksjon (RF) vært det mest brukte målet på mentalisering, men det er utviklet flere selv-rapportskjemaer som antas å måle ulike aspekter av mentalisering (Luyten et al., 2012). Ved å bruke instrumenter som fanger opp ulike aspekter av mentaliseringsbegrepet vil det være mulig å få en mer spesifikk forståelse av hvorvidt både mentalisering om seg selv og mentalisering om andre henger sammen med spiseforstyrrelser (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Luyten et al., 2012). For en sammenligning av hvilke dimensjoner av mentalisering de ulike instrumentene fanger opp se tabell 2.

Tabell 2. *Hvilke dimensjoner de ulike mentaliseringsvariablene fanger opp.*

	Selv	Andre	Indre	Ytre	Automatisk	Kontrollert	Kognitiv	Affektiv
TAS	X		X			X	X	X
RFQ-self	X		X			X	X	X
RFQ-other		X	X			X	X	X
RMET		X		X		X	X	X

Som vist i tabell 2 fanger to av mentaliseringsvariablene opp mentalisering om seg selv (TAS og RFQ-self) og to av variablene fanger opp mentalisering om andre (RFQ-other og RMET). Dette vil gjøre det mulig å sammenligne disse aspektene ved mentalisering. TAS og RFQ-self måler begge indre mentalisering om seg selv. Instrumentene tillater dermed ikke en undersøkelse som skiller mellom indre og ytre mentalisering om seg selv. Ved måling av evnen til å mentalisere om andre gjør instrumentene derimot det mulig å undersøke indre-ytre dimensjonen, da RFQ-other måler indre mentalisering om andre mens RMET måler ytre mentalisering om andre. Mentaliseringen som undersøkes i studien er kun knyttet til kontrollert mentalisering da alle mentaliseringsvariablene setter krav til refleksjon og oppmerksomhet. Studien vil dermed ikke kunne si noe om den raske og mer automatiske mentaliseringsprosessen. Studien vil heller ikke undersøke den affektive-kognitive dimensjonen av mentalisering. Alle mentaliseringsvariablene i studien setter krav til integrering av kognitive tolkninger av emosjonelle opplevelser, og studien vil dermed ikke kunne skille disse aspektene (Luyten et al., 2012).

Toronto Alexithymy Scale (TAS-20)

TAS-20 er et selvrappport spørreskjema for å måle alexithymi. TAS-20 har 20 items som skåres på en 5-punkts likertskala fra 1, helt uenig, til 5, helt enig. Høy skåre indikerer høy grad av alexithymi (Bagby, Parker, et al., 1994).

TAS ble utviklet av Taylor, Ryan, og Bagby (1985) som et forsøk på å utvikle et reliabelt og valid mål på alexithymi. I 1994 kom det en revidert utgave, TAS-20, og det er en norsk oversettelse av den som ble benyttet i denne studien. TAS-20 er det mest brukte målet på alexithymi, og TAS-20 har en tre faktor struktur som er i teoretisk samsvar med alexithymi begrepet (Bagby, Parker, et al., 1994; Parker, Taylor, & Bagby, 2003). Den første faktoren består av utsagn som skal måle evnen til å identifisere følelser og skille mellom følelser og kroppslige fornemmelser. Faktor to omhandler vanskeligheter med å beskrive følelser, mens faktor tre skal måle ytre orientert tenkning (Bagby, Parker, et al., 1994). Vi brukte kun totalskåren på TAS i denne studien. Å dele inn i faktorskårer ble ikke ansett å gi noe

tilleggsinformasjon av betydning, da faktorene ikke fanger opp ulike aspekter av mentalisering. Det var derfor heller forstyrrende for studiens fokus å benytte faktorskårer.

Reliabiliteten og validiteten til TAS-20 ble vurdert og funnet adekvat i en serie av flere studier (Bagby, Parker, et al., 1994; Bagby, Taylor, & Parker, 1994; Parker et al., 2003; Taylor, Bagby, & Parker, 2003). Indre reliabilitet var adekvat i et norsk studie, med en Cronbachs alfa for totalskåre på .79 (Einar Haave, personlig kommunikasjon 1996, i Taylor et al 2003). I vårt materiale var Cronbachs alfa .84.

Som tidligere nevnt overlapper alexithymi med mentaliseringsbegrepet (Taylor & Bagby, 2013). Mentaliseringstradisjonen nevner spesifikt at TAS kan benyttes som mål på mentalisering (Luyten et al., 2012), og flere har studier har operasjonalisert mentalisering gjennom TAS (f.eks Fossati et al., 2009; Rastam, Gillberg, Gillberg, & Johansson, 1997). Alexithymi er et snevrere begrep enn mentalisering og TAS-20 antas å fange opp noen av aspektene ved mentaliseringsbegrepet og ikke hele begrepet, se tabell 2 (Luyten et al., 2012; Taylor & Bagby, 2013). Da TAS-20 inneholder utsagn vedrørende identifiseringen og uttrykkelsen av egne følelser og egen tenkestil, er TAS-20 et mål på evnen til å mentalisere om seg selv og ikke et mål på evnen til å mentalisere om andre (Bagby, Parker, et al., 1994; Luyten et al., 2012). Høy skåre på TAS-20 indikerer dermed svekket evne til å mentalisere om seg selv (Fossati et al., 2009; Rastam et al., 1997).

Reflective function questionnaire (RFQ)

RFQ er et nytt selvrappport mål på mentalisering. Instrumentet er under utvikling, og deltagerne i Minding the body prosjektet svarte på en 54-item versjon. 54-item versjonen ble oversatt av Sommerfeldt og Skårderud etter tillatelse av Peter Fonagy. Datascreening og faktoranalyse av RFQ-54 har i ettertid redusert RFQ-54 til RFQ-18, og analysene i denne studien ble gjort med utgangspunkt i RFQ-18 (Perkins, 2009; Perkins & Rogoff, 2011). Hvert item skåres på en 7-punkts likertskala fra 1, veldig uenig, til 7, veldig enig. Itemene er en blanding av polarrespons item og medianrespons item. På polarrespons itemene tilsvare høy mentaliseringevne svar i ene endene av likertskalaen avhengig av om itemet er snudd. På medianrespons itemene tilsvare høy mentalisering svar midt på skalaen. Medianrespons itemene skal fange opp et balansert mentaliseringsperspektiv hvor respondentene innser at de kan vite noe, men ikke alt om egne og andres mentale tilstander (Perkins, 2009; Perkins & Rogoff, 2011).

Det er utvikleren av RF-skalaen og en av pionerene i mentaliseringstradisjonen, Peter Fonagy, som har utarbeidet RFQ. RFQ ble utviklet med et ønske om at det skulle være et selv-rapportmål på mentalisering som var enkelt å bruke og som derfor fokuserte på et begrenset antall dimensjoner av mentalisering (Luyten et al., 2012; Luyten et al., under publisering; Perkins, 2009). En detaljert gjennomgang av utviklingen av RFQ er gjengitt i Appendiks 5.

RFQ-18, består av to faktorer internal self og internal other, som begge inneholder ni items. Internal self faktoren skal fange opp indre mentalisering om seg selv i form av hvor godt respondenten forstår innholdet og motivasjon for egne følelser, tanker og atferd. Internal other faktoren skal fange opp indre mentalisering om andre i form av respondentens forståelse av andres tanker, følelser og atferd. Begge faktorene består i hovedsak av medianresponsitems (Perkins & Rogoff, 2011). Det vurderes hensiktsmessig å bruke de to faktorskårene og ikke totalskåre av RFQ i studien slik at selv og andre mentalisering kan undersøkes separat i analysene. Faktorene blir kalt RFQ-self og RFQ-other videre i studien. Høy skår på faktorene indikerer god evne til å mentalisere om henholdsvis seg selv og andre.

RFQ er et instrument som er under utvikling, og det er derfor begrenset med validering- og reliabilitetsstudier av RFQ-18. Foreløpige analyser gjort i et blandet klinisk og ikke-klinisk utvalg gir støtte for at RFQ-self har god validitet da faktoren relaterte seg som forventet til blant annet empati, alexithymi og mindfulness. RFQ-other hadde ikke samme konsekvente sammenheng med andre nærliggende mål på mentalisering, men den korrelerte blant annet som forventet med empati. De foreløpige analysene ga støtte for adekvat indre konsistens med alfa .75 for RFQ-self og alfa .76 for RFQ-other. I vårt utvalg var alfa for RFQ-self .62 og alfa for RFQ-other .73. Alfa for RFQ-self var noe lavere enn den konvensjonelle grensa på .70, men det ble likevel vurdert som akseptabelt å bruke variabelen siden hensikten med studien var å undersøke sammenhenger mellom variabler og ikke bruke testskårer til å ta beslutninger om individet (Pedhazur & Schmelkin, 1991).

Reading the mind in the eyes test (RMET)

RMET er en test av theory of mind (ToM). Testen inneholder 36 items. Hvert item består av et bilde av øyeregionen og deltagerne blir bedt om å velge hvilket av fire oppgitte ord på mentale tilstander som best beskriver hva personen på bilde tenker eller føler. Kun ett ord er riktig. Totalskåre på RMET er summen av antall riktige svar (Baron-Cohen et al., 2001).

RMET ble utviklet for å måle ToM hos personer med høyt-fungerende autisme eller asperger, og RMET skal derfor fange opp subtile svekkelser i ToM. RMET anses å være en test av ToM ferdigheter da respondenten må sette seg inn i sinnet til personene på bildet og attribuere en relevant mental tilstand til dem (Baron-Cohen, Jolliffe, Mortimore, & Robertson, 1997; Baron-Cohen et al., 2001; Vellante et al., 2013). Testversjonen som brukes i studien er en revidert utgave som kom i 2001 (Baron-Cohen et al.). RMET er ikke tidligere brukt i Norge og testen er oversatt til norsk av Skårderud og Sommerfeldt.

RMET er en av de mest brukte ToM testene, og flere studier har gitt støtte for at RMET klarer å skille mellom kontrollgrupper og kliniske grupper med forventet svekket sosialkognisjon (f.eks Baron-Cohen et al., 2001; Kettle, O'Brien-Simpson, & Allen, 2008). Få studier har oppgitt detaljert informasjon om indre konsistens da de psykometriske egenskapene til testen gjør tolkning av Cronbach alfa kompleks (Fernandez-Abascal, Cabello, Fernandez-Berrocal, & Baron-Cohen, 2013). De få studiene som har oppgitt alfa har rapportert alfa mellom .58 og .70 (Dehning et al., 2012; Harkness, Jacobson, Duong, & Sabbagh, 2010; Vellante et al., 2013; Voracek & Dressler, 2006). Cronbachs alfa i denne studiens utvalg var .41¹. Dette indikerer lav indre konsistens. Ved nærmere undersøkelse av item-total matrisen ble det avdekket at enkelte items korrelerte negativt med totalskåren. Dette bidrar til at alfa blir lav. Tolkningen av alfa er vanskelig da beregningen av alfa begrenser seg til å sammenligne antall riktige svar mellom individer (Fernandez-Abascal et al., 2013). Den negative korrelasjon til totalskåren for enkelte items kan både ha årsak i at itemene måler ulike underliggende begreper, men også at mange har svart feil på dem fordi de er vanskeligere selv om de egentlig måler samme underliggende begrep. Man må derfor være varsom med å tolke alfa for RMET. Det ble valgt å benytte RMET videre i studien på tross av lav alfa, da det er et mye benyttet instrument og dermed har en styrke i sammenlignbarhet med andre studier. For å sikre sammenlignbarhet ble det ikke valgt å ta ut enkelte items for å øke reliabiliteten til testen. Lav alfa må allikevel tas med i betraktning ved tolkning av resultatene.

RMET har i flere studier med blitt benyttet som et mål på mentalisering (f.eks Fossati, Feeney, Maffei, & Borroni, 2014; Perkins, 2009; Rutherford et al., 2012). Som vist i tabell 2 er ikke RMET et helhetlig mål på mentalisering, men testen antas å fange opp noen av aspektene av mentalisering. RMET anses i hovedsak å være et mål på evnen til ytre

¹ Kuder-Richardson 20 koeffisienten er den samme som Cronbachs alfa når itemene er dikotome (Pedhazur & Schmelkin, 1991).

mentaliserings om andre da testen gir en skåre på hvor godt respondenten klarer å fange opp andres mentale tilstander på bakgrunn av bilder av øyne (Fossati et al., 2014; Luyten et al., 2012). Lav skåre på RMET, vanskeligheter med å attribuere mentale tilstander, indikerer dermed svekket evne til å mentalisere om andre.

2.3.1 Operasjonalisering av spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelsens alvorlighetsgrad og symptomtrykk ble operasjonalisert gjennom benyttelse av en symptomskala fra EDI-2, EDE-Q og BMI.

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)

EDE-Q er et selvrappport spørreskjema utviklet med utgangspunkt i det veletablerte semi-strukturerte intervjuet EDE (Fairburn & Beglin, 1994), og det er vist høy konvergens mellom de to instrumentene (Berg, Peterson, Frazier, & Crow, 2011). Instrumentet er ment å måle spesifikke holdningsaspekter ved spiseforstyrrelsespatologi, og spesielt betydningen vekt og figur har for å avgjøre egenverd (Fairburn et al., 2003). Items har blitt valgt ut med grunnlag i litteratur, teori og forskning på anorexia nervosa og bulimia nervosa (Cooper & Fairburn, 1987; Fairburn & Beglin, 1994). EDE-Q er ment å måle pasientens tilstand ved tidspunkt for utredning, og alle spørsmål referer til de siste fire ukene før utfylling.

EDE-Q inneholder 22 items som er inndelt i fire subskalaer. De fire subskalaene er Restriksjon, Bekymring for spising, Bekymring for figur og Bekymring for vekt. Items skåres på en syvpunkts likertskala, hvor skåren 0 representerer fravær av innholdet i det aktuelle item og 6 representerer tilstedeværelse i en ekstrem grad. En høy skåre betyr høyere alvorlighetsgrad. Instrumentet inneholder også seks items som måler frekvens på overspising, selv-indusert oppkast, misbruk av laksativer og overdreven trening. Frekvensmålene er ikke inkludert i utregning av subskalaskårer eller sumskåren (Fairburn, Cooper, & O'Connor, 2008).

Da det var ønskelig å benytte det målet som ga en god operasjonalisering av den totale alvorlighetsgraden av spiseforstyrrelsespatologi ble totalskåren fra EDE-Q vurdert som den beste operasjonaliseringen. Det ble vurdert som uhensiktsmessig å benytte subskalaene. Oppgavens problemstilling adresserer ikke hvilke deler av spiseforstyrrelsessymptomene som har en sammenheng med mentalisering, men heller om mentalisering har en sammenheng med generelt symptomtrykk. Flere studier har gitt støtte for at en totalskåre fra EDE-Q er et

godt og enhetlig mål på spiseforstyrrelsespatologi (se f.eks. Becker et al., 2010; Friborg, Reas, Rosenvinge, & Ro, 2013). Det er vist høy indre konsistens for totalskåren, med Cronbachs alfa fra .90 til .93 (Mond, Hay, Rodgers, Owen, & Beumont, 2004a; Peterson et al., 2007). Cronbachs alfa var .94 i denne studiens utvalg. Den diskriminerende validiteten til EDE-Q har blitt støttet gjennom studier som har funnet at EDE-Q diskriminerer mellom individer med spiseforstyrrelse fra individer uten spiseforstyrrelser (Mond, Hay, Rodgers, Owen, & Beumont, 2004b; Aardoom, Dingemans, Landt, & Van Furth, 2012).

Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2)

Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2) er et selvrappportmål på symptomer som ofte er assosiert med anorexia nervosa og bulimia nervosa. EDI-2 er ikke et diagnostisk instrument, men instrumentet gir et standardisert mål på dybden eller alvorlighetsgraden av symptomatologi på flere dimensjoner som er assosiert med spiseforstyrrelser (Garner, 1991). EDI-2 er et svært mye brukt instrument, også i Skandinavia, for screening av spiseforstyrrelser, mål av behandlingseffekt og utfall og for å gjøre kliniske vurderinger (Clausen, Rokkedal, & Rosenvinge, 2009). EDI-2 inneholder 91 items som er gruppert i elleve subskalaer. Tre av subskalaene måler holdninger og atferd knyttet til spising, vekt og figur, og de åtte andre subskalaene måler ulike generelle organiserende begreper eller psykologiske trekk relevante for spiseforstyrrelser. Hver av subskalaene gir en kontinuerlig skåre, og jo høyere skåre, jo større er manifestasjonen av trekket. Hvert item skåres på en sekspunkts likertskala. Responsen fra hvert item er vektet fra null til tre, hvor responsen som er mest i symptomatisk retning får skåren tre, de to neste nærliggende responsene får skåren to og en, og skåren null gis til de tre responsene som er lengst i asymptomatisk retning. En høy skåre indikerer høy tilstedeværelse av symptomer (Garner, 1991).

Skåringen på EDI-2 gjøres i utgangspunktet separat for hver av subskalaene, da hver av subskalaene er ment å måle konseptuelt individuelle trekk (Garner, 1991). I denne studien vil det ikke være hensiktsmessig å benytte subskalaskårer, da ønsket er å få mer helhetlige mål på symptomtrykk og alvorlighetsgrad på spiseforstyrrelser. Da EDI-2 inneholder både subskalaer som måler symptomer og subskalaer som måler psykologiske korrelater til spiseforstyrrelser, vurderes det at en totalskåre vil være vanskelig å tolke. I denne studien er det valgt å benytte en symptomskala bestående av de tre subskalaene Vektfobi, Bulimi og Misnøye med kropp. For en oversikt over alle subskalaene i EDI-2 se Appendiks 6. Totalskåren eller psykologiske subskalaer ble ikke benyttet. Da dette er en mindre benyttet skåre vil det nå presenteres

grundigere hvorfor symptomskalaen ble benyttet, og hvorfor ikke totalskåren eller psykologisk skala ble benyttet.

På tross av at en sammenslåing av subskalaer til en symptomskala og en psykologisk skala ikke beskrives i manualen for EDI-2 (Garner, 1991), har flere tidligere studier brukt en slik inndeling (se f.eks. Björk, 2008; DeSocio et al., 2012; Nevonen & Broberg, 2001). Videre har faktoranalyser gitt støtte for at en inndeling i symptomskala og psykologisk skala kan være et bedre alternativ enn å benytte totalskåren. Et studie av Espelage et al. (2003) fant gjennom konfirmerende faktoranalyse på skalaene at de tre spise- og vektrelaterte skalaene var empirisk distinkte fra de psykologiske skalaene. I en nyere versjon av EDI-2, EDI-3, foreslås det å summere subskalaene i en tofaktorløsning med en slik inndeling (Garner, 2004). Da det er et signifikant konseptuelt og innholdsmessig overlapp mellom subskalaene i de to versjonene EDI-2 og EDI-3, hvor blant annet symptomskalaen i EDI-3 består av de samme tre subskalaene som i EDI-2 (Clausen, Rosenvinge, Friberg, & Rokkedal, 2011), kan man tillate sammenligninger på tvers av instrumentene (Cumella, 2006). En faktoranalyse av EDI-3 gjort i Danmark har gitt støtte for denne tofaktorløsningen (Clausen et al., 2011). I denne studiens utvalg var Cronbachs alfa for symptomskalaen ,917, noe som videre ga støtte for en høy indre konsistens.

Symptomskalaen ble vurdert å være en mer presis operasjonalisering på alvorlighetsgrad av spesifikk spiseforstyrrelsesproblematikk enn den psykologiske skalaen. På tross av at man kan tenke seg at graden av tilstedeværelse av uhensiktsmessige psykologiske trekk kan være med å belyse alvorlighetsgraden til pasientene, var et argument for å ikke benytte den psykologiske skalaen at den ikke virker å måle spesifikke aspekter ved spiseforstyrrelser. Studier i Sverige har gitt støtte for at alle subskalaer skiller mellom pasienter med spiseforstyrrelser og personer uten registrert psykisk lidelse (Nevonen & Broberg, 2001; Nevonen, Clinton, & Norring, 2006; Norring & Sohlberg, 1988), men at en del av de psykologiske subskalaene diskriminerte dårlig mellom pasienter med spiseforstyrrelser og pasienter med andre psykiske lidelser (Nevonen et al., 2006). Nevonen et al. (2006) konkluderte med at de fleste av de psykologiske subskalaene virker å måle generelle aspekter av psykopatologi, mens symptomskalaene fanger opp mer spesifikk spiseforstyrrelsesproblematikk. Et annet argument for å ikke benytte de psykologiske subskalene fra EDI-2 er at det ble vurdert som uhensiktsmessig å slå sammen disse subskalaene, da de måler svært ulike fenomener. Dette ville gjort resultatene vanskelig å tolke. Da det, som nevnt tidligere, ble vurdert

uhensiktsmessig å benytte subskalaskårer for å besvare denne studiens problemstilling, ble det vurdert at de psykologiske subskalaene fra EDI-2 ikke ble benyttet i videre analyser. Symptomskalaen ble vurdert som det mest presise og eneste målet som var hensiktsmessig å benytte fra EDI-2.

Body mass index (BMI)

Body mass index (BMI) er et uttrykk for vekt i forhold til høyde. BMI er lik vekten delt på kvadratet av høyden (Folkehelseinstituttet, 2004). Tabell over klassifisering av BMI gjort av Verdens helseorganisasjon (WHO) er gjengitt i Appendiks 7.

Diagnosen F.50.0 Anorexia nervosa er karakterisert av vektnedgang. Et av kriteriene for diagnosen er at vekttapet har ført til en kroppsvekt på minst 15% under normal eller forventet vekt for alder og høyde, eller BMI < 17,5 (World Health Organization, 1993, 1999). Vekt er altså en sentral faktor ved anorexia nervosa. Diagnosen F.50.2. Bulimia nervosa har ingen spesifisering av vekt i sine kriterier. Det samme gjelder F.50.9. Uspesifisert spiseforstyrrelse. BMI kan altså være en variabel som skiller deltagerne med anorexia nervosa fra de andre spiseforstyrrelsesdiagnosene.

I denne studien vil BMI benyttes som en operasjonalisering på alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelse. Det kan diskuteres om BMI er et godt mål på alvorlighetsgrad. Det vil antas at BMI er en svakere operasjonalisering av alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelse innenfor bulimigruppen enn anoreksigruppen. BMI benyttes allikevel i denne studien, da det er benyttet i forhold til klassifisering av spiseforstyrrelser. En videre undersøkelse av sammenheng mellom mentaliseringssevne og BMI vurderes som interessant.

2.3.2 Operasjonalisering av affektregulering

Affektregulering blir operasjonalisert gjennom selvrapportskjemaet Difficulties in emotion regulation scale.

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

DERS er et selvrapport spørreskjema for å måle affektregulering. DERS består av 36 utsagn som skåres på en 5-punkts likertskala fra 1, nesten aldri, til 5, nesten alltid. Høy skåre indikerer vansker med emosjonsregulering (Gratz & Roemer, 2004).

DERS ble utviklet i 2004 for å måle emosjonsdysregulering mer helhetlig enn tidligere målemetoder. På bakgrunn av empirisk og teoretisk litteraturgjennomgang av affektregulering var ønsket at DERS skulle fange opp klinisk relevante vanskeligheter innen disse dimensjonene a) å være klar over og forstå følelser, b) aksept av emosjonell respons c) evnen til å kontrollere impulsive atferder og handle i samsvar med ønskede mål når man opplever negative emosjoner og d) tilgang til emosjonsreguleringsstrategier som oppleves effektive. I tillegg til en totalskåre består DERS av seks underfaktorer som er tolkbare og reflekterer den mangesidige definisjonen av affektregulering (Gratz & Roemer, 2004). I denne studien vil vi kun bruke totalskår på DERS og ikke se på faktorskårer. Vi er interessert i hvorvidt den generelle evnen til affektregulering er en mediator mellom mentalisering og spiseforstyrrelser, og det å se nærmere på underdimensjoner av affektregulering er utenfor det vi ønsker å belyse i denne studien.

DERS har blitt akseptert som et reliabelt og valid mål på emosjonsregulering. Flere studier har funnet støtte for begreps- og prediktivvaliditet til DERS skårene hvor de fleste studiene er gjort i kliniske grupper (se f.eks Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper, & Sinha, 2007; Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez, & Gunderson, 2006; Mitsopoulou, Kafetsios, Karademas, Papastefanakis, & Simos, 2013). Gratz og Roemer (2004) og Johnson et al. (2008) har funnet høy indre konsistens for totalskåren med alfa på henholdsvis .93 og .88. I vår studie var alfa for totalskåren .95. DERS er ikke tidligere brukt i Norge, og den norske versjonen er oversatt av Skårderud og Sommerfeldt. Instrumentet ligger vedlagt i Appendiks 8.

2.4 Statistiske analyser

Kvantitative analyser av datamaterialet ble i hovedsak gjennomført med IBM SPSS, versjon 22.

Håndtering av missing ble gjort ved at enkeltitems som manglet ble erstattet med deltagerens gjennomsnittsskåre for de resterende items i skalaen. For å få en mest mulig valid missingskåre, ble missing erstattet innenfor subskalaer der det var mulig. For at missing skulle bli utfylt var det krav om at subskalaene var minst 70% fylt ut. Der det ikke var tilstrekkelig med utfylte items innenfor subskalaen til å få utregnet missing fra subskalaens gjennomsnitt, ble det utregnet missing fra totalskårens gjennomsnitt hvis svarprosent for totalskåren var over 80% før noen form for missingserstatning.

Preliminære analyser ble utført for å undersøke brudd på antagelsene om normalitet, homoskedasitet og linearitet. Det ble også sjekket for uteliggere. Det viste seg at disse punktene ikke var noe problem i denne studien. For å avdekke mulige signifikante forskjeller mellom de diagnostiske gruppene gjennomsnittlige skåre på testinstrumentene ble det utført t-test for uavhengige utvalg.

Pearson produkt-moment korrelasjonskoeffisient (r) ble hovedsakelig benyttet for å undersøke samvariasjon/sammenhengen mellom skårene på de ulike instrumentene. De signifikante korrelasjonene er vurdert som svak ($r = .10$ til $.29$), middels ($r = .30$ til $.49$) eller sterk ($r = .50$ til 1.0) etter inndeling anbefalt av Cohen (1988). Ved undersøkelse av om sammenhengene mellom instrumentene var ulike i de forskjellige diagnostiske gruppene, ble det gjennomført separate korrelasjonsanalyser. Deretter ble forskjellene i korrelasjonene signifikanttestet med Fisher r til z transformasjon (Howell, 2013).

Det ble også undersøkt om det var mulige kurvilineære (ikke-lineære) sammenhenger mellom og de ulike mentaliseringsvariablene og spiseforstyrrelsesvariablene. Hensikten med dette var å undersøke om sammenhengen mellom mentaliseringsvariablene og spiseforstyrrelsesvariablene for eksempel ”flatet ut” etter et visst nivå på mentalisering eller til og med sank. Analysen var spesielt relevant for TAS hvor en sikkerhet på egne mentale tilstander gir toppskåre. Dette skiller seg fra tilnærmingen på RFQ hvor en mer balansert forståelse, hvor man også er klar over at man ikke kan ha fullstendig innsikt om mentale tilstander, vurderes som god mentalisering. De kurvilineære analysen ble gjort gjennom å benytte multippel regresjonsanalyse, og det ble undersøkt om modellen forklaringskraft (R^2) økte signifikant når kvadratledd ble inkludert i regresjonsmodellen (Howell, 2013). Kvadratledd ble laget ved å gange den enkelte mentaliseringsvariabel med seg selv.

Mediatoreffekter ble først undersøkt ved hjelp av hierarkisk regresjon. Dette ble gjort ved å inkludere affektreguleringsvariabelen i regresjonsmodellen, og se om denne reduserte eller fjernet den direkte effekten av mentaliseringsvariablene på spiseforstyrrelsesvariablene. Dersom den direkte effekten ble redusert, ble den indirekte effekten av mentalisering på spiseforstyrrelsessymptomer signifikanttestet gjennom Sobels test og ved bruk av bootstrapping. Dette ble gjort ved SPSS-makroen *Indirect.sbs* (Preacher & Hayes, 2008). Det ble videre vurdert om effekten kunne beskrives som full eller delvis mediering med basis i Baron og Kenny (1986) sine prinsipper for vurdering av mediatoreffekt.

3 Resultater

Resultatene vil først presenteres for hele utvalget under ett, og deretter vil resultatene fra de separate analysene for anoreksigruppen og bulimigruppen presenteres.

3.1 Innledende analyser

3.1.1 Deskriptiv statistikk

Deskriptiv statistikk for mentaliseringsvariablene er presentert i tabell 3.

Tabell 3. *Deskriptiv statistikk for mentaliseringsvariablene*

Variabel	N	Mean	SD	Min	Maks	Skewness	Kurtosis
TAS	79	59.11	12.03	29.00	86.00	-.238	-.402
RFQ-self	80	38.61	7.66	22.00	54.00	-.027	-.567
RFQ-other	80	41.05	10.19	13.00	61.00	-.298	.050
RMET	75	26.75	3.29	17.00	36.00	.273	.577

Varsiansbredde: TAS=20-100, RFQ-self: 9-63, RFQ-other: 9-63, RMET=0-36

Som vist i tabell 3 hadde utvalget en tilnærmet normal fordeling på mentaliseringsvariablene. Resultatene fra den deskriptive statistikken på TAS viste at utvalget hadde høye skårer sammenlignet med et norsk sammenligningsutvalg uten registrert psykisk lidelse, noe som indikerer at denne studiens utvalg hadde dårligere evne til å mentalisere om seg selv enn sammenligningsutvalget. Skårer fra sammenligningsutvalget for TAS er gjengitt i Appendiks 9. Utvalget i studien skåret ganske likt på RMET som to sammenligningsutvalg med personer uten registrert psykisk lidelse fra England, hvor både gjennomsnitt og spredning var tilnærmet lik som sammenligningsutvalgene. Skårer fra sammenligningsutvalgene for RMET er gjengitt i Appendiks 9. Det finnes ingen norske studier på RMET, og det må tas forbehold om kulturelle forskjeller når det sammenlignes med et engelsk utvalg. Det finnes ikke utgitte normer for RFQ.

Det ble ikke avdekket noen signifikante forskjeller mellom anoreksigruppen og bulimigruppen ved t-tester. Deskriptiv statistikk for de to diagnostiske gruppene er gjengitt i Appendiks 12.

Deskriptiv statistikk for spiseforstyrrelsesvariablene er presentert i tabell 4.

Tabell 4. *Deskriptiv statistikk for spiseforstyrrelsesvariablene*

Variabel	N	Mean	SD	Min	Max	Skewness	Kurtosis
EDE-Q	74	3.75	1.26	0.43	5.61	-.745	-.073
EDI-symptom	77	33.94	14.77	3.00	64.00	-.215	-.631
BMI	71	19.82	2.75	14.71	26.12	.331	-.644

Variansbredde: EDE-Q=0-6, EDI-symptom: 0-69

Som vist i tabell 4 hadde spiseforstyrrelsesvariablene god spredning og tilnærmet normal fordeling. På symptomvariablene var utvalgets gjennomsnitt og standardavvik omtrent det samme som er funnet i andre kliniske grupper med spiseforstyrrelsesproblematikk, og gjennomsnittet var langt over hva som har blitt funnet i sammenligningsgrupper uten registrert psykiske lidelser. Skårer fra sammenligningsutvalgene er vedlagt i Appendiks 10. Gjennomsnittlig BMI var innenfor kategorien normalvekt.

T-testene avdekket ingen signifikante forskjeller mellom anoreksigruppens og bulimigruppens gjennomsnitt på symptomvariablene. Dette er ulikt sammenligningsgruppene, hvor pasienter med anoreksi hadde signifikant lavere skårer enn pasienter med bulimi. Anoreksigruppen i denne studiens utvalg hadde høyere gjennomsnittsskår enn anoreksiutvalgene i sammenligningsgruppene, og bulimigruppen i denne studiens utvalg hadde lavere skår enn bulimiutvalgene i sammenligningsgruppene. Separat deskriptiv statistikk for anoreksigruppen og bulimigruppen i denne studien er gjengitt i Appendiks 12. Separat deskriptiv statistikk for sammenligningsutvalgene er gjengitt i Appendiks 10. Anoreksigruppen hadde som forventet en signifikant lavere gjennomsnittlig BMI enn bulimigruppen. Anoreksigruppen hadde en gjennomsnittlig BMI som er i øvre sjikt av kategorien undervektig, mens bulimigruppen hadde en gjennomsnittlig BMI innenfor kategorien normalvektig. Deskriptiv statistikk for BMI i de to diagnostiske gruppene er gjengitt i Appendiks 12.

Deskriptive statistikk for affektreguleringsvariabelen er presentert i tabell 5.

Tabell 5. *Deskriptiv statistikk for affektreguleringsvariabelen.*

Variabel	N	Mean	SD	Min	Maks	Skewness	Kurtosis
DERS	79	110.73	25.84	63.00	162.00	-.099	-.829

Variansbredde: 36-180

Deskriptiv statistikk for DERS er vist i tabell 5. DERS hadde en god spredning og en tilnærmet normal fordeling. Utvalgets gjennomsnitt på affektreguleringsvariabelen lå høyere enn gjennomsnittet i sammenligningsutvalg uten registrerte psykiske lidelser fra både i Italia og USA. Selv om det må tas forbehold om eventuelle kulturelle forskjeller, indikerer dette at studiens utvalg hadde større vansker med affektregulering enn personer uten psykiske lidelser. Deskriptiv statistikk for sammenligningsutvalgene er gjengitt i Appendiks 11.

Det ble ikke avdekket signifikante forskjeller mellom anoreksi- og bulimigruppens gjennomsnittsskårer på affektregulering. Separat deskriptiv statistikk for de to diagnostiske gruppene er gjengitt i Appendiks 12.

3.1.2 Sammenhengen mellom mentaliseringsvariablene

Sammenhengen mellom mentaliseringsvariablene ble undersøkt for å få en indikasjon på hvor mye delt og selvstendig varians de ulike variablene hadde. Det var forventet at de ville korrelere, men at korrelasjonene ikke ville være så høye at instrumentene kunne virke å måle akkurat det samme. Da en av denne studiens formål var å benytte instrumenter som fanget opp ulike aspekter av mentalisering, var det viktig å få en oversikt over hvordan mentaliseringsmålene relaterer seg til hverandre. Bivariate korrelasjoner mellom mentaliseringsvariablene er gjengitt i tabell 6.

Tabell 6. *Korrelasjoner (r) mellom mentaliseringssvariablene (N=74-80)*

Variabel	TAS	RMET	RFQ-self
RMET	-.019	-	-
RFQ-self	-.203	.005	-
RFQ-other	.107	-.095	.367**

** $p < .01$

Som vist i tabell 6 hadde de to variablene som skulle fange opp selv-aspektet av mentalisering (TAS og RFQ-self) en lav, men ikke signifikant korrelasjon. De to variablene som skulle fange opp mentalisering om andre (RMET og RFQ-other) var tilnærmet ikke korrelert. De to variablene fra RFQ viste en signifikant moderat korrelasjon, men delte kun 13,5% varians.

Det ble videre undersøkt om korrelasjonene var signifikant forskjellig i gruppen med anoreksidiagnose og gruppen med bulimidiagnose. Ingen av korrelasjonene var signifikant

forskjellig mellom de to gruppene. Bivariate korrelasjoner mellom mentaliseringsvariablene for anoreksi- og bulimigruppen er gjengitt i Appendiks 13.

3.1.3 Sammenhengen mellom spiseforstyrrelsesvariablene

Sammenhenger mellom spiseforstyrrelsesvariablene ble undersøkt da det var av interesse å undersøke om variablene virker å være mål på samme begrep. Det var også viktig å undersøke om EDE-Q og EDI-symptom fanget opp ulike aspekter av spiseforstyrrelsessymptomene eller om det var overflødig å ha begge. Bivariate korrelasjoner mellom spiseforstyrrelsesvariablene er gjengitt i tabell 7.

Tabell 7. *Korrelasjoner (r) mellom spiseforstyrrelsesvariablene (N=68-71)*

Variabel	EDE-Q	EDI Symptom
EDI Symptom	.827**	-
BMI	.079	.185

** $p < .01$

Som vist i tabell 7 var det en sterk korrelasjon mellom symptomvariablene EDE-Q og EDI-symptom. De hadde 68% delt varians. Det kunne dermed forventes at det kun ville være små forskjeller mellom instrumentene i videre analyser. Reliabilitetsestimatene for både EDI-symptom og EDE-Q var svært høye, noe som tilsier at korrelasjonen ikke var undervurdert på grunn av målingsfeil. Korrelasjonen mellom EDI-symptom og EDE-Q viser at instrumentene hadde 32% selvstendig varians, noe som betyr at de også fanget opp en del unike aspekter ved spiseforstyrrelsessymptomer. Det ble vurdert at en benyttelse av begge instrumentene sikret en mer helhetlig måling av spiseforstyrrelsessymptomer. BMI korrelerte ikke med noen av symptomvariablene.

Det ble videre undersøkt om korrelasjonene var signifikant forskjellig i anoreksi- og bulimigruppen. Ingen av korrelasjonene var signifikant forskjellig mellom de to gruppene. Symptomvariablene hadde ikke i noen av gruppene sammenheng med BMI. Bivariate korrelasjoner mellom spiseforstyrrelsesvariablene for anoreksi- og bulimigruppen separat er gjengitt i Appendiks 13.

3.2 Sammenhenger mellom mentalisering og spiseforstyrrelser

Dette avsnittet presenterer funn knyttet til oppgavens problemstilling. Målet med analysene var å undersøke sammenhengen mellom mentalisering og spiseforstyrrelser. Videre ble det undersøkt om sammenhengen mellom mentalisering og spiseforstyrrelser var kurvilineær. Til slutt var målet å undersøke om affektregulering kunne forstås som en mediator mellom mentalisering og spiseforstyrrelser.

3.2.1 Bivariate sammenhenger

Bivariate korrelasjoner mellom spiseforstyrrelsesvariablene og mentaliseringsvariablene er gjengitt i tabell 8.

Tabell 8. *Korrelasjoner (r) mellom spiseforstyrrelsesvariablene, mentaliseringsvariablene og affektreguleringsvariabelen. (N=67-79)*

Variabel	EDE-Q	EDI Symptom	BMI	DERS
TAS	.331**	.279*	-.083	.639**
RFQ-self	-.292*	-.390**	-.046	-.300**
RFQ-other	.070	.003	-.071	.164
RMET	.015	.093	-.027	-.092
DERS	.557**	.505**	.011	-

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tabell 8 viser at det var moderate signifikante positive korrelasjoner mellom TAS og symptomvariablene på spiseforstyrrelser (EDI-symptom og EDE-Q). Høy skåre på TAS indikerer lav evne til å mentalisere om seg selv. RFQ-self, som også er ment å fange opp mentaliseringsevne om egne mentale tilstander, hadde en signifikant moderat negativ sammenheng med begge symptomvariablene. Lav skåre på RFQ-self indikerer lav evne til å mentalisere om seg selv. Korrelasjonene med både TAS og RFQ-self indikerte at høyt symptomtrykk hadde en sammenheng med lav evne til å mentalisere om seg selv. Det var ingen signifikant korrelasjon mellom TAS og BMI eller RFQ-self og BMI.

De to variablene som måler mentaliseringsevne om andres mentale tilstander, RMET og RFQ-other, viste ingen signifikante korrelasjoner med noen av spiseforstyrrelsesvariablene. Dette resultatet indikerte at det ikke var noen sammenheng mellom mentalisering om andres mentale tilstander og alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelsen når de diagnostiske gruppene ble undersøkt under ett.

Ved undersøkelse av om korrelasjonene var signifikant forskjellige for anoreksi- og bulimigruppen ble det avdekket to signifikante forskjeller i korrelasjoner mellom gruppene. Korrelasjonsanalyser mellom mentaliseringsvariablene og spiseforstyrrelsesvariablene gjort separat for de diagnostiske gruppene er gjengitt i Appendiks 13.

Sammenhengen mellom TAS og BMI var signifikant forskjellig mellom de to gruppene. I anoreksigruppen korrelerte TAS sterkt med BMI ($r = -.575^{**}$) mens i bulimigruppen var det ingen signifikant sammenheng mellom TAS og BMI ($r = -.047$). Forskjellen mellom gruppene var signifikant ved $p < .05$.

Forskjeller mellom de diagnostiske gruppene ble også funnet på korrelasjonene knyttet til symptomvariablene på spiseforstyrrelser og RMET. Innad i bulimigruppen var det en signifikant positiv sammenheng mellom RMET og EDI-symptom ($r = .379^{**}$). I anoreksigruppen var det en ikke-signifikant negativ korrelasjon mellom RMET og EDI-symptom ($r = -.165$). Forskjellen mellom korrelasjonene var signifikant ved $p < .05$. Selv om korrelasjonene innad i gruppene mellom RMET og EDE-Q ikke var signifikante forskjellige, kan det allikevel bemerkes at korrelasjonene mellom RMET og EDE-Q også går i motsatt retning for bulimigruppen ($r = .243$) og anoreksigruppen ($r = -.238$). I bulimigruppen indikerte resultatene at gode evner på RMET hang sammen med høyt symptomtrykk av spiseforstyrrelsen, spesielt på EDI-symptom, mens motsatt tendens kunne antydes hos anoreksigruppen. Disse motsatte tendensene kan ha maskert og nullet ut sammenhengen mellom RMET og symptomvariablene når vi så de to gruppene under ett.

3.2.2 Kurvlineære sammenhenger

Det ble undersøkt for mulige kurvilineære sammenhenger mellom spiseforstyrrelser og mentalisering ved bruk av multippel regresjonsanalyse. Dette ble undersøkt ved å inkludere kvadratledd i regresjonsmodellen og deretter undersøke om det ga noen økning i modellens

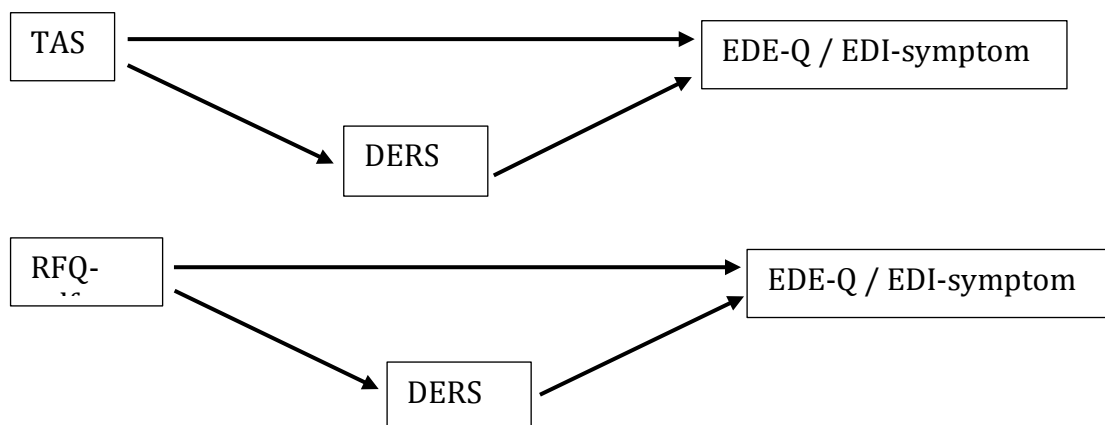
forklaringskraft. Dette ga ingen signifikant økning i modellens forklaringskraft. Resultatene av de kurvilineære analysene av sammenhengen er derfor ikke presentert mer inngående.

3.2.3 Mediatoreffekt av affektregulering

En forutsetning for å undersøke om det var noen mediatoreffekt til stede var at de uavhengige mentaliseringsvariablene (TAS, RFQ-self, RFQ-other, RMET,) hadde en sammenheng med den antatte mediatoren affektregulering (DERS), og at den antatte mediatoren affektregulering (DERS) hadde en sammenheng med de avhengige spiseforstyrrelsesvariablene (EDI-symptom, EDE-Q, BMI). De bivariate korrelasjonene, vist i tabell 8, viser at TAS og RFQ-self hadde signifikante korrelasjoner med DERS. RMET og RFQ-other hadde ikke signifikante korrelasjoner med DERS. Begge symptomvariablene hadde signifikante korrelasjoner med DERS. BMI hadde ikke en signifikant korrelasjon med DERS. Kriteriet for undersøkelse av mediatoreffekter ble altså tilfredsstilt for de uavhengige variablene TAS og RFQ-self og de avhengige variablene EDE-Q og EDI-symptom.

Mediatoranalysene ble gjort separat for TAS og RFQ-self. Det var instrumentenes separate sammenheng med mediator som var av interesse, og ikke instrumentenes sammenheng med mediator kontrollert for hverandre. Det ble dermed gjennomført fire mediatoranalyser.

Sammenhengene som ble undersøkt illustreres i figur 3.



Figur 3. Illustrasjon av sammenhengene som ble undersøkt. De uavhengige variablene TAS og RFQ-self ble undersøkt separat. Mediatoranalyser med begge de avhengige variablene EDE-Q og EDI-symptom ble gjennomført for begge de uavhengige variablene. Det ble dermed gjennomført fire mediatoranalyser. Pilene indikerer at både direkte og indirekte effekter av mentalisering på spiseforstyrrelsens symptomtrykk ble undersøkt.

Som nevnt ble mediering først undersøkt gjennom regresjonsanalyse. Dette ble gjort i regresjonsmodeller hvor TAS og RFQ-self var uavhengige variabler og EDE-Q og EDI-

symptom var avhengige variabler. Den bivariate sammenhengen ble først undersøkt. Deretter ble DERS inkludert i en ny blokk i modellen. For signifikanstesting av den indirekte effekten av mentaliseringsvariablene på spiseforstyrrelsesvariablene ble makroen INDIRECT benyttet (Preacher & Hayes, 2008), og den indirekte effekten ble signifikanttestet både gjennom Sobels test og ved bruk av bootstrapping. Mediatoranalysene for sammenhengen mellom TAS og spiseforstyrrelsesvariablene er presentert i tabell 9. Mediatoranalysene for sammenhengen mellom RFQ-self og spiseforstyrrelsesvariablene er presentert i tabell 10.

Tabell 9. *Mediatoreffekt av DERS på sammenhengen mellom TAS og EDE-Q (N=73) og mellom TAS og EDI-symptom (N=75). Standardiserte regresjonskoeffisienter er oppgitt.*

	EDE-Q	EDI-symptom
Blokk 1. Uten mediator:		
TAS	.331**	.279*
R ²	.109	.078
Blokk 2. Med mediator:		
TAS	-.034	-.051
DERS	.563**	.523**
R ²	.294	.242
Indirekte effekt	(.639 x .563) =.360**	(.639 x .523) =.334**

p < .05*, *p* < .01**

Som tabell 9 viser, førte en inkludering av mediatoren DERS til at sammenhengen mellom TAS og symptomvariablene ble tilnærmet borte. Dette tyder på at DERS har en full medierende effekt på forholdet mellom TAS og symptomvariablene. Den indirekte effekten av TAS gjennom DERS var signifikant for begge symptomvariablene.

Tabell 10. Mediatoreffekt av DERS på sammenhengen mellom RFQ-self og EDE-Q (N=74) og RFQ-self og EDI-symptom (N=76). Standardiserte regresjonskoeffisienter er oppgitt.

	EDE-Q	EDI-symptom
Blokk 1 Uten mediator:		
RFQ-self	-.292*	-.390**
R²	.085	.152
Blokk 2 Med mediator:		
RFQ-self	-.138	-.270**
DERS	.516**	.430**
R²	.328	.322
Test av indirekte effekt	(-.300 x .516) = -.155*	(-.300 x .430) = -.129*

p<.05*, p<.01**

Resultatene i tabell 10 viser at inkluderingen av mediatoren DERS førte til at sammenhengen mellom RFQ-self og begge symptomvariablene ble noe redusert. Denne reduksjonen gir en støtte for at DERS kan ha en delvis medierende effekt mellom RFQ-self og symptomvariablene. Etter inkludering av DERS som mediator var ikke lenger den direkte effekten av RFQ-self på EDE-Q signifikant. Den indirekte effekten av RFQ-self gjennom DERS var signifikant for begge symptomvariablene.

Det ble vurdert om separate mediatoranalyser for anoreksi- og bulimigruppen skulle gjennomføres. Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene i den bivariate korrelasjonen mellom de uavhengige variablene TAS og RFQ-self og de avhengige variablene EDE-Q og EDI-symptom. Det var heller ingen signifikante forskjeller i sammenhengen mellom de uavhengige variablene (TAS og RFQ-self) og mediatoren DERS, eller sammenhengen mellom de avhengige variablene (EDE-Q og EDI-symptom) og DERS i anoreksi- og bulimigruppen. Separate korrelasjoner for de diagnostiske gruppene er gjengitt i Appendiks 13. Det ble dermed vurdert som unødvendig å gjennomføre separate mediatoranalyser for disse variablene. Da det gjennom de bivariate korrelasjonene ble avdekket signifikante forskjeller mellom de diagnostiske gruppene på sammenhengen mellom TAS og BMI og sammenhengen mellom RMET og EDI-symptom, ble det undersøkt om separate mediatoranalyser med disse variablene kunne gjennomføres. Da BMI og RMET ikke korrelerte signifikant med DERS var ikke kriteriene for en slik analyse tilfredsstilt.

4 Diskusjon

Hovedmålet med oppgaven var å undersøke sammenhengen mellom mentalisering og spiseforstyrrelser. Benyttelse av fire ulike mentaliseringsvariabler gjorde det mulig å måle om sammenhengen mellom mentaliseringsevne og spiseforstyrrelsens alvorlighetsgrad varierte for evnen til å mentalisere om seg selv og evnen til å mentalisere om andre. Videre var det et mål å undersøke affektregulering som mellomliggende variabel mellom mentalisering og spiseforstyrrelser.

Denne studien fant at svekket evne til å mentalisere om seg selv hadde sammenheng med høyere alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelsen målt gjennom spiseforstyrrelsessymptomer, noe som var forventet ut fra teori og tidligere forskning. BMI hadde ikke sammenheng med mentaliseringsevne når man så de diagnostiske gruppene anoreksi og bulimi under ett, men et av instrumentene som fanger opp mentaliseringsevne om egne mentale tilstander (TAS) og BMI korrelerte sterkt innad i anoreksigruppa. Videre viste studien noe overaskende at evnen til å mentalisere om andre ikke hadde sammenheng med alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelsen når man undersøkte de diagnostiske gruppene sammen. Ved separate analyser av de diagnostiske gruppene kunne resultatene antyde at god mentalisering om andres mentale tilstander basert på ytre karakteristikk hadde en sammenheng med mer spiseforstyrrelsessymptomer i bulimigruppen. Mediatoranalysen ga støtte for at affektregulering medierer sammenhengen mellom evnen til å mentalisere om seg selv og spiseforstyrrelsessymptomer.

4.1 Sammenhengen mellom mentalisering og spiseforstyrrelser

4.1.1 Evnen til å mentalisere om seg selv

Sammenhengen mellom mentalisering om seg selv og symptomvariablene

Studiens hypotese om at svekket evne til å mentalisere om seg selv har en sammenheng med høyt symptomtrykk ble støttet. Denne sammenhengen var robust både på tvers av de ulike diagnostiske gruppene, og når anoreksigruppen og bulimigruppen ble undersøkt separat. At evnen til å mentalisere om seg selv virker å være et sentralt aspekt ved spiseforstyrrelsespatologien er i samsvar med studier som har funnet at pasienter med spiseforstyrrelser sammenlignet med personer uten registrert psykisk lidelse har dårligere

evne til å mentalisere om seg selv (se f.eks. Bourke et al., 1992; Kessler et al., 2006). Videre er funnet i overensstemmelse med tidligere studier som har funnet en sammenheng mellom evnen til å mentalisere om seg selv og grad av symptomtrykk (Laquatra & Clopton, 1994; Perkins & Rogoff, 2011), og går dermed mot studier som ikke har funnet en slik sammenheng (se f.eks. Taylor et al., 1996). Denne studien utfyller begrensninger ved tidligere studier ved at den er basert på en relativt god utvalgsstørrelse av pasienter med spiseforstyrrelse og bruker flere etablerte mål enn tidligere studier.

At svekket evne til å mentalisere om seg selv var relatert til symptomtrykk ved spiseforstyrrelser var forventet ut i fra teori. Manglende kontakt med indre opplevelser har lenge blitt antatt å være sentralt for spiseforstyrrelsens patologi (Bruch, 1962, 1973), og denne studiens funn gir dermed støtte til en antagelse som har vært innenfor spiseforstyrrelsesfeltet lenge. Nyere teorier fra mentaliseringstradisjonen har videre begrepsfestet den manglende evnen til å forstå og ha kontakt med indre tilstander som en mentaliseringssvekkelse, samtidig som den nyere teorien har tydeliggjort at en manglende evne til å mentalisere kan gjøre at mentale tilstander blir konkretisert og kroppsliggjort (Skårderud, 2007a, 2007b; Skårderud & Fonagy, 2012; Skårderud et al., 2012). Symptomvariablene som ble benyttet i denne studien kan begge sies å måle grad av ønske om å endre på kroppen og hvor stor betydning man opplever vekt og kropp har. Denne studien viser at jo mer svekket evnen til å mentalisere om seg selv er, jo viktigere blir kroppen som bærer av mentale tilstander. Dermed kan denne studiens funn antas å ikke bare gi empirisk støtte for at svekket kontakt med indre opplevelser er sentralt ved spiseforstyrrelser, men studien gir også støtte til mentaliseringstradisjonens teoretiske antagelse om at den svekkede evnen til å mentalisere fører til at mentale tilstander blir kroppsliggjort.

Selv om de førmentaliserende formene teleologi og psykisk ekvivalens ikke ble målt spesifikt i denne studien, kan begrepene være sentrale for å gi en teoretisk ramme til studiens funn om sammenhengen mellom evnen til å mentalisere om seg selv og spiseforstyrrelsessymptomer. Teleologi kan på en god måte beskrive hvordan en mangel på opplevelse av kontroll i forhold til egen indre verden ved spiseforstyrrelser antas å føre til et behov for kontroll over kroppen (Fonagy et al., 2002; Skårderud & Fonagy, 2012; Skårderud et al., 2012). Psykisk ekvivalens kan videre bidra til å belyse hvordan kroppen kan bli så sentral for pasienter med spiseforstyrrelser, da opplevelsen av indre og ytre realitet oppleves som like, og kroppen dermed blir et uttrykk for hvordan man føler seg (Skårderud & Fonagy, 2012; Skårderud et

al., 2012). Man kan i lys av mentaliseringsteori og ved inspeksjon av instrumentene altså danne hypoteser om at de førmentaliserende formene teleologi og psykisk ekvivalens er sentrale for sammenhengen som er funnet i denne studien, men da instrumentene ikke fanger opp teleologi og psykisk ekvivalens spesifikt må man være forsiktig med å konkludere.

Evnen til å mentalisere om seg selv måles i denne studien gjennom instrumentene TAS og RFQ-self. Korrelasjonsanalysen mellom mentaliseringsvariablene viste en svak ikke signifikant korrelasjon mellom de to instrumentene. Den svake korrelasjonen var noe overraskende, da begge instrumentene er ment å måle indre mentalisering om seg selv. Når man ser nærmere på de to instrumentenes definering av god mentalisering kan det allikevel virke forståelig at de to instrumentene ikke korrelerer høyere. En hypotese om grunnlaget for den lave korrelasjonen er at instrumentene har ulike skåringssystem. Skåringssystemet til TAS bygger på en antagelse om at optimal mentaliseringsevne er å være helt sikker på identifisering og beskrivelse av egne mentale tilstander (Bagby, Parker, et al., 1994). Skåringen på de fleste items på RFQ er derimot slik at en balansert forståelse av mentaliseringsevne anses som optimalt, noe som betyr at god mentalisering er om man evner å identifisere egne mentale tilstander, men samtidig er klar over at det ikke er mulig å ha fullstendig innsikt. På TAS oppnår man best skåre ved den ene enden av likertskalaen, mens på RFQ oppnår man best skåre ved en medianskåre (Perkins, 2009; Perkins & Rogoff, 2011). En annen forskjell mellom TAS og RFQ-self er at innholdet i de to instrumentene virker å fange opp litt ulike deler av mentalisering om egne mentale tilstander. TAS inneholder items som både vurderer evnen til identifisering av egne mentale tilstander, evnen til beskrivelse av egne mentale tilstander og ytre-orientert tenkning (Bagby, Parker, et al., 1994). RFQ-self er ment å fange opp hvor god man er på å forstå innhold og motivasjon for egen atferd, tanker og følelser (Perkins, 2009). Det ser ut som instrumentene innholdsmessig skiller seg fra hverandre ved at RFQ-self kan virke å fokusere entydig på evnen til å identifisere egne mentale tilstander. TAS virker i tillegg å fange opp beskrivelse av egne mentale tilstander og om tankegangen er mer konkret fremfor symbolsk og metaforisk.

I denne studien har TAS og RFQ-self tilnærmet lik sammenheng med spiseforstyrrelsessymptomer på tross av at instrumentene ikke korrelerer signifikant med hverandre. Sammenhengen mellom spiseforstyrrelsessymptomer og RFQ-self gir støtte for at en balansert mentaliseringsevne, hvor man er klar over at man ikke kan være helt sikker på mentale tilstander, har sammenheng med mindre spiseforstyrrelsessymptomer.

Sammenhengen mellom TAS og symptomtrykk indikerer derimot at en sikkerhet rundt egne mentale tilstander har en lineær sammenheng med mindre symptomer. Den kurvilinear analysen ga støtte for at sammenhengen mellom TAS og symptomtrykk ikke avtok etter et visst nivå av sikkerhet på egne mentale tilstander. Resultatene kan virke noe motstridende, og det er vanskelig å fastslå om det er en balansert mentalisering eller en sikkerhet på egne mentale tilstander som er mest avgjørende. På tross av instrumentenes ulikheter gir begge instrumentene støtte for at det å være svak på å identifisere egne mentale tilstander har sammenheng med høy grad av spiseforstyrrelsessymptomer. Med utgangspunkt i den kausale antagelsen om at mentaliseringsevne påvirker spiseforstyrrelser, kan man altså anta at en økning i mentaliseringsevne om seg selv vil være positiv for reduksjon av spiseforstyrrelsesymptomer for denne pasientgruppen. Da instrumentene innholdsmessige ulikheter også kan antas å påvirke instrumentenes sammenheng med symptomtrykket, er det vanskelig å fastslå skåringssystemets betydning.

Sammenhengen mellom evnen til å mentalisere om seg selv og BMI

Sammenhengen mellom BMI og evnen til å mentalisere om seg selv var ikke tilstede når de diagnostiske gruppene ble sett under ett. Denne sammenhengen var forventet og er i samsvar med tidligere studier (Laquatra & Clopton, 1994; Wilshire, 2011). Ved separate analyser av anoreksi- og bulimigruppen ble det derimot funnet en signifikant sammenheng mellom TAS og BMI i anoreksigruppen. Denne korrelasjonen var signifikant forskjellig fra bulimigruppen, hvor BMI ikke hadde sammenheng med TAS. Sammenhengen mellom TAS og BMI indikerer at lavere BMI har sammenheng med svekket evne til å mentalisere om seg selv innenfor anoreksigruppen. Denne sammenhengen ble derimot ikke funnet når evnen til å mentalisere om seg selv ble målt gjennom RFQ-self, en sammenheng som heller ikke ble funnet av Wilshire (2011). Det at TAS, og ikke RFQ-self, hadde en sammenheng med BMI i anoreksigruppen kan indikere at lavere BMI har sammenheng med økt sikkerhet på egne mentale tilstander, mens en balansert forståelse av hvor sikker man kan være ikke har sammenheng med BMI. Man må være forsiktig med å konkludere, da instrumentene også har noe ulikt innhold.

Det at BMI i anoreksigruppen viste samme sammenheng med TAS som symptomvariablene, gjorde at man videre kunne tenke seg at BMI var et mål på alvorlighetsgrad i anoreksigruppen. Det er sentralt å poengtere at BMI ikke korrelerte signifikant med noen av symptomvariablene på spiseforstyrrelser verken i anoreksi- eller bulimigruppene. Funnene

kan tyde på at BMI ikke fanger opp alvorlighetsgrad slik det defineres gjennom etablerte spiseforstyrrelsesinstrumenter, men at BMI på annen måte likevel samvarierer med evnen til å mentalisere om seg selv i anoreksigruppen.

Underernæring foreslås som en faktor som kan ha bidratt til sammenhengen mellom TAS og BMI i anoreksigruppen. Kognitive svekkelser og emosjonelle vansker har i tidligere studier blitt funnet å ha sammenheng med lav BMI (Green, Elliman, Wakeling, & Rogers, 1996; Oldershaw, Hambrook, Tchanturia, Treasure, & Schmidt, 2010). Det har også blitt diskutert hvorvidt underernæring i kritiske perioder av utviklingen kan føre til nevropsykologiske svekkelser som bidrar til mentale vansker (Connan, Campbell, Katzman, Lightman, & Treasure, 2003). Antagelsen om en kausal retning fra mentaliseringsevne til utvikling av spiseforstyrrelser kan utfordres av at det er underernæringen ved spiseforstyrrelser som påvirker mentaliseringsevnen. Denne studiens funn indikerer at evnen til å mentalisere har en mer konsekvent sammenheng med spiseforstyrrelsessymptomer enn med BMI, og sammenhengene mellom evnen til å mentalisere om seg selv og spiseforstyrrelsessymptomer er også tilstede i bulimigruppen som har gjennomsnittlig BMI innen kategorien normalvekt. Studien indikerer altså at det er en robust sammenheng mellom evnen til å mentalisere om seg selv og spiseforstyrrelsessymptomer, og at sammenhengen ikke kun kan attribueres til undervekt. Da BMI ikke nødvendigvis er et godt mål på ernæringsstatus (se f.eks. Moser et al., 2003), bør videre studier mer direkte undersøke hvilken effekt manglende ernæring kan ha på evnen til å mentalisere. Det er sentralt å poengtere at en eventuell effekt av underernæring på mentaliseringsevne ikke utelukker at en kausal retning fra mentaliseringsevne til spiseforstyrrelser er tilstede.

4.1.2 Evnen til å mentalisere om andre

Denne studien hadde en hypotese om at svekket evne til å mentalisere om andre har sammenheng med høyere alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelser. Da hele utvalget ble undersøkt sammen ble det ikke funnet noen slik signifikant sammenheng. Verken indre eller ytre mentalisering om andre viste den forventede sammenhengen med spiseforstyrrelsens alvorlighetsgrad da gruppa ble sett under ett. Videre var det ingen signifikant sammenheng mellom RFQ-other og RMET, noe som indikerte at indre og ytre mentalisering om andre ikke var relatert til hverandre. Ved undersøkelse av anoreksi- og bulimigruppen separat ble det kun avdekket en signifikant forskjell mellom gruppene, noe som vil bli videre drøftet. Sammenhengen mellom evnen til å mentalisere om andre og alvorlighetsgrad målt gjennom

symptomtrykk og BMI viste mindre robuste og konsekvente sammenhenger enn det som ble funnet om evnen til å mentalisere om seg selv.

Sammenhengen mellom RFQ-other og spiseforstyrrelsesvariablene var ikke signifikant ulik i de to gruppene, og evnen til indre mentalisering om andre var dermed ikke relatert til spiseforstyrrelsens alvorlighetsgrad i noen av analysene. Det ble derimot funnet at sammenhengen mellom RMET og EDI-symptom var signifikant forskjellig i anoreksi- og bulimigruppen, og sammenhengen mellom RMET og EDI-symptom var også signifikant i bulimigruppen. Videre gikk sammenhengen mellom RMET og begge de to symptomvariablene i motsatt retning i anoreksi- og bulimigruppen, noe som kan ha maskert og nullet ut sammenhengen når hele spiseforstyrrelsesutvalget ble sett under ett. I bulimigruppen var retningen på sammenhengen motsatt av hva som var forventet, ved at gode evner på RMET hang sammen med høyt symptomtrykk av spiseforstyrrelsen. Motsatt tendens kunne antydes hos anoreksigruppen, uten at disse sammenhengene kom ut som signifikant. Det kan poengteres at RMET viste seg å ha lav indre konsistens i denne studiens utvalg. Dette stiller spørsmål om testen kun måler det den er ment å måle, men som tidligere beskrevet, kan den lave indre konsistensen også ha årsak i testens dikotome skåringssystem. Det vurderes som interessant å diskutere funnene fra testen, selv om resultatene må tolkes med varsomhet.

Da tidligere mellomgruppestudier i hovedsak har gitt støtte for at svekket ytre mentalisering om andre er sentralt ved spiseforstyrrelser (se f.eks. Harrison, Sullivan, et al., 2010; Russell et al., 2009), var det overaskende at økt grad av spiseforstyrrelsessymptomer i bulimigruppen hadde sammenheng med god evne til ytre mentalisering om andre. En mulig forklaring på diskrepansen er at tidligere studier i hovedsak virker å være gjort med utvalg bestående av pasienter med anoreksi. Det virker rimelig å utforske tanken om at svekket evne til ytre mentalisering kan være en tendens i anoreksigruppen, men ikke i bulimigruppen. Denne antagelsen støttes av en studie av Harrison, Sullivan, Tchanturia, og Treasure (2009) hvor resultatene viste at pasienter med anoreksi, men ikke pasienter med bulimi, hadde svekket evne til ytre mentalisering sammenlignet med pasienter uten registrert psykisk lidelse. Selv om pasientene i de to gruppene hadde relativt lik gjennomsnittsskåre på RMET i denne studien, kan både tidligere studier som har funnet en forskjell i gjennomsnittsskåre, samt denne studiens funn om motsatte tendenser, indikere at evnen til ytre mentalisering om andre har ulik relasjon til spiseforstyrrelsespatologien hos pasienter med anoreksi og pasienter med bulimi. Da den motsatte tendensen i denne studien ikke gjennomgående kom ut som en

statistisk signifikant forskjell mellom gruppene, og flere av korrelasjonene heller ikke kom ut som signifikant, bør man allikevel være litt varsom med å gjøre noen foreløpige konklusjoner. Da tendensen i bulimigruppen både var uventet og tydeligere enn tendensen i anoreksigruppen, ved at sammenhengen mellom RMET og EDI-symptom var signifikant, vil sammenhengen i bulimigruppen bli spesielt vektlagt i videre diskusjon.

Hypermentalisering foreslås som et begrep som kan være relevant for å forstå hvorfor god skåre på RMET har sammenheng med høyere symptomtrykk i bulimigruppen. Med utgangspunkt i begrepet hypermentalisering vil en god skåre på RMET ikke nødvendigvis være grunnet god mentalisering, men et resultat av en økt overvåkenhet og sensitivitet ovenfor andres signaler. Man vil da være god på å identifisere affekten, men har vansker med å tolke bakgrunn for og grad av affekt (Skårderud et al., innsendt for publisering; Skårderud et al., 2012). En økt sensitivitet og opptatthet av ytre signaler fra andre kan gjøre at man kontinuerlig påvirkes av og er ubeskyttet ovenfor andre. Når dette kombineres med en feiltolkning av signalene andre gir, vil det kunne skape mye forvirring og ubehag. Sammenhengen mellom høy skåre på RMET og økt mengde symptomer kan da være grunnet i at pasientenes evne til å identifisere affekt hos andre på bakgrunn av ytre signaler, ikke hjelper pasienten med å regulere affekt, men heller skaper mer forvirring og ubehag, da pasienten ikke forstår bakgrunnen for affekten. Man kan anta at dette igjen kan ha sammenheng med mer spiseforstyrrelsessymptomer, da kroppen antas å spille en viktig rolle som regulator for pasienter med spiseforstyrrelser.

Den uventede sammenhengen mellom god evne til ytre mentalisering om andre og spiseforstyrrelsespatologi virker å være spesifikk for bulimigruppen. Det kan være interessant å belyse hvordan pasienter med bulimi kan ha likheter med pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, da pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse tidligere har blitt beskrevet å ha en hypersensivitet mot emosjoner ut i fra ansiktsuttrykk og kroppsspråk (se f.eks. Domes et al., 2008; Fertuck et al., 2009; Lynch et al., 2006), mens de har vanskeligheter med å forstå andres intensjoner (se f.eks. King-Casas et al., 2008). Det er høy komorbiditet mellom emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse og bulimiske former for spiseforstyrrelser, og lidelsene har en del fellestrekk som impulsivitet og ustabilitet (Lacey & Evans, 1986; Rosenvinge, Martinussen, & Ostensen, 2000). En hypotese for å forstå hvorfor hypermentalisering virker å være spesifikt for bulimi, og ikke like gjeldene for anoreksi, er at hypermentaliseringen ikke knytter seg til trekk som er felles

for spiseforstyrrelser, men heller handler om trekk som impulsivitet og ustabilitet som pasienter med bulimi deler med pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. I forlengelsen av dette er det interessant å ta opp muligheten for at en indre ustabilitet gjør at man blir ekstra avhengig av og opptatt av andre i forsøk på å skape seg mindre indre kaos. Når andres indre tilstander samtidig blir feiltolket, kan man videre tenke seg at årvåkenheten overfor andres uttrykk og signaler heller skaper mer indre uro.

RFQ-other er ment å måle indre mentalisering om andre, og man kunne dermed anta at instrumentet fanger opp den delen av hypermentaliseringsbegrepet som handler om forståelse av og refleksjon rundt bakgrunnen for affekten man identifiser hos den andre. En hypotese om at hypermentalisering er sentralt hos bulimigruppen vil dermed kunne gi en forventning om motsatt retning på sammenhengen mellom RMET og symptomtrykk og RFQ-other og symptomtrykk. Man vil altså anta at økt mengde symptomer i bulimigruppen henger sammen med både bedre evne til å identifisere andres affekt basert på ytre karakteristikk, og en svekkelse i evnen til indre mentalisering om bakgrunnen for affekt. Det ble, som nevnt tidligere, ikke funnet en slik negativ korrelasjon mellom RFQ-other og spiseforstyrrelsessymptomer i denne studien. Man må allikevel være varsom med å forkaste teorien om hypermentalisering basert på manglende funn med RFQ-other. Mål av indre mentaliseringsevne gjennom RFQ-other er basert på selvrapport, og man kan tenke seg at ved en eventuell svekkelse i mentaliseringsevne, er det også vanskelig å vurdere sin egen evne til å mentalisere. Basert på et valideringsstudie gjort av Perkins og Rogoff (2011), er det også uklart hvor valid måling av mentaliseringsevne RFQ-other er. De foreløpige funnene tyder på at det kan være interessant å studere hypermentalisering videre, og funnene kan indikere at sammenhengen bør undersøkes separat for pasienter med anoreksi og bulimi. For å undersøke hypermentalisering spesifikt kunne det vært nyttig å anvende et instrument som både fanget opp evnen til å lese andres affekt basert på ytre karakteristikk og evnen til å forstå bakgrunnen for denne affekten, slik at instrumentet kunne fanget opp en eventuell diskrepans mellom disse evnene. Etter hva vi vet finnes det foreløpig ikke etablerte instrumenter som fanger opp dette.

Det er viktig at funn om evnen til å mentalisere om andre ikke direkte overføres til å forstå hvordan pasienter med spiseforstyrrelser fungerer interpersonlig. Det er sentralt å poengtere at både evnen til å mentalisere om seg selv og andre kan påvirke hvordan pasienter med spiseforstyrrelser fungerer i interpersonlige relasjoner. Sammenhengen mellom interpersonlig

fungering og evnen til å mentalisere om henholdsvis seg selv og andre er etter hva vi vet foreløpig lite studert.

4.2 Affektregulering som en mediator

Regresjonsmodellen viste at en inkludering av mediatoren DERS (affektregulering) reduserte den direkte effekten av mentaliseringsvariablene TAS og RFQ-self på symptomvariablene EDI-symptom og EDE-Q. Den indirekte effekten av de uavhengige variablene TAS og RFQ-self gjennom DERS var signifikant for begge symptomvariablene. Resultatene ga støtte for studiens hypotese om at affektregulering kan forstås som en mediator mellom evnen til å mentalisere om seg selv og spiseforstyrrelsessymptomer.

Funnet fra mediatoranalysen ga støtte for den teoretiske antagelsen om en kausal sti fra svekket mentalisering til svekket affektregulering til utvikling av spiseforstyrrelser. Etter hva vi vet er dette ikke tidligere undersøkt empirisk. Funnene fra denne studien indikerer at større svekkelser i evne til å mentalisere om seg selv fører til større vansker med affektregulering, som igjen resulterer i større behov for å bruke kroppen som en reguleringsmekanisme. Spiseforstyrrelsessymptomene kan dermed forstås som mer eller mindre vellykkete eller mislykkete måter å forsøke å regulere affekt og indre tilstander. Studiens funn gir dermed støtte til teori som forstår spiseforstyrrelsessymptomer som forsøk på å gjenvinne kontroll over følelser når følelsene ikke mestres regulert gjennom mentale prosesser og refleksjon (Buhl, 1990; Skårderud & Fonagy, 2012).

Funnet om at affektregulering kunne forstås som en mediator mellom evnen til å mentalisere om seg selv og alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelse var robust. Det kan allikevel bemerkes at graden av mediering varierte. Affektregulering hadde full medierende effekt mellom TAS og symptomvariablene, mens affektregulering delvis medierte sammenhengen mellom RFQ-self og symptomvariablene. Evnen til å mentalisere om seg selv målt gjennom RFQ-self virker dermed å ha et selvstendig bidrag på spiseforstyrrelsessymptomer utover effekten som gikk gjennom affektregulering, mens dette ikke var tilfellet for evnen til å mentalisere om seg selv målt gjennom TAS.

Til tross for andre mulige forklaringer på at affektregulering hadde ulik grad av mediering på effekten av TAS og RFQ-self på symptomvariablene, er det naturlig å ta opp muligheten for

at noe av forskjellen i medieringsgrad kan være grunnet de ulike operasjonaliseringene instrumentene har på god mentaliseringsevne. Det kan tenkes at RFQ-self som krever en balansert evne til mentalisering, hvor man forstår at det ikke er mulig å ha full innsikt i egne mentale tilstander, krever enda større grad av refleksjonsevne og kognitiv kapasitet enn TAS gjør. Teoretisk antar man, som beskrevet tidligere, at sammenhengen mellom mentaliseringsevne og spiseforstyrrelsessymptomer går gjennom affektregulering, og i videre forstand at sammenhengen går gjennom selvregulering (Fonagy et al., 2002). En mulig forklaring på at ikke all effekt av RFQ-self på spiseforstyrrelsessymptomer ble mediert av affektregulering, kan være at RFQ-self fanger opp sider ved mentalisering som påvirker aspekter ved selvregulering som ikke fanges opp av et rent affektreguleringsmål som DERS. Da RFQ-self kan antas å kreve høyere grad av refleksjonsevne og kognitiv kapasitet enn TAS, kan det være plausibelt å trekke frem en hypotese om at RFQ-self, i tillegg til å fange opp sider ved mentalisering som påvirker affektregulering, også i større grad enn TAS fanger opp sider ved mentalisering som påvirker refleksive og kognitive sider av selvregulering som går utover affektregulering. En slik forståelse kan sies å være i tråd men en teoretisk forståelse hvor svekket evne til mentalisering kan føre til svekket evne til selvregulering, og hvor symptomer ikke kun forstås som strategier på å regulere affekt, men også som strategier for å gjenvinne en opplevelse av sammenheng og selvfølelse (Skårderud et al., 2012).

4.3 Metodiske styrker og svakheter

4.3.1 Spørreskjematilnærming som metode

Denne studien baserer seg i stor grad på spørreskjema. Spørreskjematilnærming ved mål av mentaliseringsevne og spiseforstyrrelsessymptomer krever at pasientene selv vurderer egen evne til å mentalisere og omfang av symptomer. En begrensning ved denne tilnærmingen som mål på mentaliseringsevne kan være at eventuelle svekkelser i evnen til å mentalisere, også kan gjøre det vanskelig å reflektere om og vurdere sin egen evne til å mentalisere. Benyttelse av RF (Reflektiv funksjon) som mål på mentalisering kunne vært et alternativ, da mentaliseringsevne målt gjennom RF i større grad vurderes av intervjuer (Fonagy et al., 1998). Det har også blitt argumentert for at måling av spiseforstyrrelsespatologi bør gjøres ved intervju, da kjernetrekk ved patologien er komplekse i sin natur (Cooper & Fairburn, 1987), noe som kan gjøre det vanskelig for pasienten å gjøre nøyaktige vurderinger av seg selv. Samvariasjonen mellom det kliniske intervjuet EDE og EDE-Q gir allikevel støtte for at dette spørreskjemaet kan vurderes som et valid mål på symptomtrykk, samtidig som man bør

være oppmerksom på at inkludering av intervju kunne gitt en noe mer nøyaktig måling av trekk ved spiseforstyrrelsespatologien som er mer komplekse og vanskelig å definere (Black & Wilson, 1996; Fairburn & Beglin, 1994).

4.3.2 Studiens operasjonalisering av mentalisering

En spørreskjema- og testtilnærming til måling av mentalisering gir begrenset mulighet til å fange opp stress- og relasjonsavhengig variasjon i mentalisering. Da mentalisering er en dynamisk kapasitet som varierer med stressnivå og tilknytningsrelasjon, kan man prestere godt under lavt stressnivå, men under høyere stressnivå vise tydelige svekkelser i evnen til å forstå og reflektere om egne og andres mentale tilstander, samt at man kan mentalisere godt i en tilknytningsrelasjon, men ikke i en annen. RF fra AAI kunne fanget opp disse sidene ved mentalisering på en bedre måte enn spørreskjema, da RF adresserer mentaliseringsevne i ulike tilknytningsrelasjoner og til en viss grad hvordan man mentaliserer i ulike situasjoner med ulikt stressnivå (Fonagy et al., 2012; Fonagy et al., 1998; Luyten et al., 2012). Et annet aspekt som er viktig å presisere, er at man kan ha vansker med å mentalisere i situasjoner i det virkelige liv selv om man mestrer å mentalisere rundt tenkte situasjoner. For å fange opp dette kan det være behov for mer ustrukturert måling av mentalisering, i form av vurdering av hvordan mentaliseringsevnen er i reelle sosiale situasjoner (Wilshire, 2011).

Operasjonaliseringen av mentalisering gjennom benyttelse av TAS, RFQ og RMET gjorde det mulig å adressere det multidimensjonelle ved mentalisering, da instrumentene fanget opp forskjellen mellom mentalisering om egne og andres mentale tilstander, samt forskjell i indre og ytre mentalisering om andre. Et argument for å ikke operasjonalisere mentalisering ved bruk av RF er at RF kun gir en skåre på mentaliseringsevne. Da mentalisering er en multidimensjonell kapasitet er det begrenset mulighet for å tolke meningen til RF-skåren (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Forskning med RF-skalaen er også komplisert grunnet at RF er ressurskrevende, tidkrevende og krever nøye opplæring. Istedenfor å bruke RF skalaen er det påpekt i litteraturen at å bruke mål på overlappende begreper av mentalisering ved blant annet spørreskjema, gjør det enklere å forske på mentalisering (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Denne studiens metodiske tilnærming gjorde det mulig å belyse enkelte mentaliseringsdimensjoner, men det er viktig å presisere at studien ikke fanger opp alle dimensjoner ved mentalisering. Blant annet fanger denne studien kun opp kontrollert

mentaliserings og ikke automatisk mentalisering. Det er behov for flere studier som undersøker mentalisering med utgangspunkt i dimensjoner.

Det er videre behov for flere reliabilitets- og validitetsstudier på RFQ før det kan bli et etablert mål i på mentalisering. RFQ er et instrument under stadig utvikling, og den endelige versjonen kan bli annerledes enn versjonen brukt i denne studien. Allikevel var det ønskelig å bruke RFQ i studien, men da med en bevissthet om at resultatene må tolkes med varsomhet. At RFQ består av faktorene self og other gjør det til et nyttig instrument for å sammenligne selv- og andre dimensjonen av mentalisering i studiens utvalg av pasienter med spiseforstyrrelser (Luyten et al., 2012; Perkins, 2009).

4.3.3 Studiens operasjonalisering av alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelsen

EDI-symptom er en forholdsvis lite benyttet operasjonalisering på symptomtrykk ved spiseforstyrrelser. Dette gjør at funn med denne variabelen ikke så lett kan sammenlignes med funn fra andre studier. EDE-Q er derimot et mye brukt og validert mål, og funn relatert til denne variabelen kan lettere sammenlignes med andre studier. Det kan stilles spørsmål om det hadde vært tilstrekkelig å benytte EDE-Q i analysene. Samtidig gjør benyttelsen av flere instrumenter at funnene blir sikrere. Det at instrumentene viser svært like sammenhenger med mentaliseringsevne, gjør at man kan være sikrere på at sammenhengen som er funnet ikke er tilfeldig. Inkluderingen av BMI ble gjort for å få et mer helhetlig bilde av alvorlighetsgraden ved spiseforstyrrelsen, da BMI selv om det er et omdiskutert mål på alvorlighetsgrad, er et benyttet mål for klassifisering av spiseforstyrrelser.

Det er argumentert for at målingen av psykopatologi i tillegg til å måle spesifikke spiseforstyrrelsessymptomer, også bør inneholde vurdering av påvirkningen symptomene har på pasientens psykososiale og fysiske fungering (Bohn et al., 2008). På tross av at det er brukt flere mål på alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelsespatologi, kan en begrensning ved denne studien være at målingen av alvorlighetsgrad via spesifikke spiseforstyrrelsessymptomer og BMI, ikke fanger opp hvor mye pasientens fungering og livskvalitet påvirkes av spiseforstyrrelsen. Videre studier behøves for å undersøke mentaliseringsevnenes betydning for alvorlighetsgrad ved spiseforstyrrelser målt gjennom funksjonsmål og mål på livskvalitet. Clinical Impairment Assessment Questionnaire er et eksempel på et spørreskjema som kunne blitt anvendt til slikt formål (Bohn et al., 2008; Bohn & Fairburn, 2008).

4.3.4 Studiens operasjonalisering av affektregulering

Mentalisering og affektregulering er nært knyttede begreper, og målingen av disse fenomenene kan dermed være vanskelig å skille. Selv om DERS i hovedsak måler aspekter ved affektregulering som handler om evnen til å kontrollere følelser og impulsiv atferd, inkluderer den også items som fanger opp forståelsen av og aksept for egne følelser. Itemsene som handler om forståelsen av egne følelser kan sies å fange opp en side ved mentaliseringsevne. Man kunne kanskje vært sikrere på at mediatoranalysen ikke ga en noe kunstig høy sammenheng hvis man benyttet et affektreguleringsmål som kun omhandlet håndtering og kontrollering av følelser. Samtidig er det støtte for at mål som kun fanger opp kontrollaspektet ved affektregulering ikke gir et valid mål på affektregulering, da kontrollering av affekt ikke er hensiktsmessig hvis det brukes som en strategi for å unngå følelser. Mål på affektregulering bør derfor ta hensyn både kontroll av følelser og hvorvidt man forsøker å forstå og ta hensyn til følelsene sine (Gratz & Roemer, 2004). DERS regnes som et valid mål på affektregulering, og en støtte for benyttelsen av DERS er at det fanger opp klinisk relevante vansker med affektregulering (se f.eks. Mitsopoulou et al., 2013). Det er også viktig presisere at DERS i hovedsak legger vekt på håndteringen av vanskelige følelser, og at DERS derfor i begrenset grad kan sies å overlappe med mål på mentaliseringsevne. Det vurderes at en operasjonalisering av affektregulering gjennom DERS var mer helhetlig og dekkende, og dermed en mer korrekt måling, enn om man skulle benyttet mål som ikke inkluderte måling av evnen til å forstå og ta hensyn til følelsene sine.

4.3.5 Utvalg

Det ble i denne studien valgt å inkludere menn i utvalget. Inkluderingen av menn viste seg å ikke påvirke resultatet, noe som kunne indikert at resultatene som er funnet i denne studien var generaliserbart både til kvinner og menn med spiseforstyrrelser. Den lave andelen menn i utvalget gjør allikevel at man må være forsiktig med å generalisere funnene til menn med spiseforstyrrelser generelt, og det er behov for videre studier som undersøker sammenhengen mellom mentaliseringsevne og spiseforstyrrelser hos menn. Etter det vi vet er det ingen studier som til dags dato har undersøkt dette.

Ved inndeling i separate diagnostiske grupper var n henholdsvis 34 i anoreksigruppen og 31 i bulimigruppen. De relativt små utvalgsstørrelsene førte til at forskjellene mellom gruppene måtte være rimelig stor før forskjellen kom ut som signifikant. Det er dermed mulig at det

ville blitt avdekket flere forskjeller mellom gruppene om n var større. Samtidig ser man at korrelasjonene i hovedsak pekte i samme retning for de to gruppene, slik at det virker som retningen på sammenhengen mellom mentaliseringsevne og spiseforstyrrelsessymptomer i store deler av analysene viste samme tendens for de to gruppene.

I denne studien besto anoreksigruppen og bulimigruppen av både typiske og atypiske former av lidelsene. De atypiske diagnosene skiller seg ut ved at alle kriterier for henholdsvis F.50.0 Anorexia nervosa og F.50.2 Bulimia nervosa ikke behøver å være oppfylt (World Health Organization, 1993), og en inkludering av pasientene med atypiske former av bulimi og anoreksi kan ha gjort at skillet mellom de diagnostiske gruppene ble noe mindre tydelig. Dette kan ha påvirket at forskjellene mellom gruppene i analysene ble kunstig små. Det ble allikevel valgt å inkludere de atypiske formene, da det gjorde at n ble større, og det ble mulig å undersøke forskjeller mellom gruppene. Da pasienter med atypisk form for diagnosene skal ha et relativt likt klinisk bilde med henholdsvis anorexia nervosa og bulimia nervosa (World Health Organization, 1999), ble det vurdert at de separate diagnostiske gruppene, på tross av en inkludering av de atypiske formene for lidelsene, ville gi nyttige indikasjoner på gruppeforskjeller. Videre studier behøves for å utforske dette nærmere.

De deskriptive analysene viste at skårene på symptomvariablene i denne studiens utvalg var relativt like andre norske spiseforstyrrelsesutvalg når spiseforstyrrelsesgruppa ble undersøkt under ett. Det totale utvalget virker ut fra disse analysene å være representativt. Ved separate analyser for anoreksi- og bulimigruppen var det i denne studien ingen signifikante forskjeller mellom studiene. Tidligere studier har funnet større forskjeller, hvor pasienter med bulimi skårer signifikant høyere enn pasienter med anoreksi på både EDE-Q og EDI- symptom. Dette kan indikere at de store likhetene som er funnet mellom de diagnostiske gruppene er kunstig høye, og at større forskjeller ville blitt funnet i andre utvalg.

4.3.6 Potensielle umålte konfunderende variabler

Komorbiditet med andre psykiske lidelser er vanlig ved spiseforstyrrelser (Rosenvinge et al., 2000; Steinhausen, 2009). I vårt utvalg hadde flere av pasientene en komorbid diagnose og da i hovedsak depresjon, angst eller personlighetsforstyrrelser. Da mentaliseringstradisjonen antar en kausal sti fra mentalisering til spiseforstyrrelser og annen psykopatologi anses både spiseforstyrrelser og annen psykopatologi som avhengige variabler av mentalisering. Det ga

derfor ikke teoretisk mening å kontrollere for angst, depresjon og personlighetsforstyrrelse i partiell korrelasjon eller ved bruk av hierarkisk regresjon.

Det kan poengteres at mentaliseringsteori, som nevnt tidligere, antar at svekkelser i mentalisering kan føre til flere former for psykopatologi (Fonagy et al., 2012), og dermed at spiseforstyrrelser er en av flere følger av svekket evne til å mentalisere. Det ble vurdert å undersøke hvorvidt evnen til å mentalisere hang sterkere sammen med spiseforstyrrelsesmålene enn mål på angst, depresjon og personlighetsproblematikk i denne studiens utvalg, men det ble vurdert at dette ikke var en hensiktsmessig kontrollanalyse av sammenhengen mellom mentalisering og spiseforstyrrelser. Da spiseforstyrrelses og annen psykopatologi begge er avhengige variabler av mentalisering, ville en eventuell sammenheng mellom mentaliseringsevne og mål på annen psykopatologi ikke svekket sammenhengen mellom mentaliseringsevne og spiseforstyrrelser. En økning i mentaliseringsevne kan dermed antas å føre til lettelse av spiseforstyrrelsessymptomer uavhengig av om det også kunne ført til en bedring av andre symptomer. Da denne oppgavens fokus var å undersøke og belyse sammenhengen mellom mentaliseringsevne og spiseforstyrrelser, ble det vurdert som en sideproblemstilling som var utenfor denne oppgavens omfang å undersøke om mentaliseringssvekkelser også hadde sammenhengen med annen psykopatologi.

4.3.7 Kausalitet

Denne studien har tatt utgangspunkt i en teoretisk modell som har utgangspunkt i en kausal retning fra mentalisering, gjennom affektregulering og til spiseforstyrrelsessymptomer. Studiens analyser er gjort gjennom korrelasjons- og regresjonsanalyser hvor data var samlet inn i samme tidsrom. Denne type design kan ikke avdekke årsaksforhold, men kun samvariasjoner. En longitudinell studie ville på en bedre måte kunne avdekke kausalitet, slik at man kunne fått støtte for at svekket mentaliseringsevne kommer forut for utviklingen av spiseforstyrrelsen, og ikke motsatt. Denne type studie kan være vanskelig å gjennomføre, da det ikke er mulig å predikere hvem som i fremtiden vil utvikle spiseforstyrrelser. En støtte for kausal retning kunne kommet fra prosess-utfall studier som følger pasienter med spiseforstyrrelser over tid i et behandlingsløp. Et fokus på forandringsmekanismer hvor man undersøker om en økning i evnen til å mentalisere om seg selv fører til en reduksjon i spiseforstyrrelsessymptomer, ville kunne være nyttig. Det kan da poengteres at det er komplisert å fastslå om det er økningen i mentaliseringsevne som fører til mindre spiseforstyrrelsessymptomer, eller om det er andre faktorer i eller utenfor terapien som

fungerer som konfunderende variabler og dermed påvirker både mentaliseringsevne og spiseforstyrrelsessymptomer.

4.4 Implikasjoner

Denne studiens funn gir støtte for at svekkelser i evnen til å mentalisere om seg selv har betydning for økt mengde spiseforstyrrelsessymptomer på tvers av diagnostiske grupper, og dermed også at en økning i evnen til å mentalisere om seg selv kan gi bedring. Funnene gir videre indikasjon på at det er behov for mer forskning rundt hvilken rolle evnen til å mentalisere om andre har hos pasienter med spiseforstyrrelser, da forskning foreløpig har gitt så lite entydige svar at det er vanskelig å gi noen konklusjon rundt hvordan evnen til å mentalisere om andre skal tas hensyn til i behandling av pasienter med spiseforstyrrelser.

Man kan ikke utelukke at evnen til å mentalisere om andre også er betydningsfull å adressere i terapi, men foreløpig forskning kan indikere at evnen til å mentalisere om seg selv bør være et større fokus. Mediatoranalysen gir støtte for at affektreguleringen til pasienter med spiseforstyrrelser vil bedres gjennom arbeid med å øke evnen til å mentalisere om seg selv, og at dette igjen kan bidra til å redusere grad av spiseforstyrrelsessymptomer.

Da denne studien gir støtte for at utvikling av evnen til å mentalisere kan være sentralt ved behandling av pasienter med spiseforstyrrelser, er det i forlengelsen av dette naturlig å drøfte hvordan den terapeutiske situasjon kan legges til rette for å fremme mentaliseringsevne. Den teoretiske forståelsen innenfor mentaliseringstradisjonen bygger på at det er fundamentalt for utvikling av mentaliseringsevne at barnet blir speilet og at omsorgspersonen deltar i aktiv utforskning av barnets mentale verden (Fonagy et al., 2002; Fonagy & Target, 1996, 1997, 2006). I lys av denne forståelsen kan man anta at terapeuten gjennom speiling og deltagende utforskning rundt pasientens indre tilstander, kan bidra til å fremme pasientens evne til mentalisering. En effektiv terapeutisk relasjon kan optimalt bli en god parallell til sikker tilknytning, noe som videre antas å være viktig for å gi en god ramme for å fremme mentaliserende kompetanse (Skårderud & Sommerfeldt, 2008).

Da de fleste terapiformer kan sies å ha fokus på både å etablere et språk for mentale tilstander og å skape en god terapeutisk relasjon, kan man stille spørsmål om et fokus på å fremme mentaliseringsevne egentlig vil gi så store terapeutiske implikasjoner. Det kan da poengteres at på tross av at flere terapiformer har fokus på mentale tilstander, er det ulikt hvor spesifikt

terapiformene adresserer utvikling av mentaliseringsevne som et fokus.

Mentaliseringsbasertterapi (MBT) er en av metodene som systematisk vektlegger å fremme mentaliseringsevnen, og som bruker den terapeutiske relasjonen til å utvikle den (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). En tradisjonell tilbaketrukket terapeut som lar pasienten reflektere på egenhånd, uten å delta i en utforskende og utviklende prosess, kan ut i fra denne studiens funn og mentaliseringsteori virke å være mindre fremmende for mentaliseringsevne og dermed forbedring hos pasienter med spiseforstyrrelser. Samtidig kan man tenke seg at flere terapiformer som har en nysgjerrig, aktiv og undrende tilnærming kan fremme mentaliseringsevnen og dermed føre til forbedring hos disse pasientene. Funnene om at svekket evne til å mentalisere om seg selv er knyttet til spiseforstyrrelsessymptomer, kan indikere at det vil være hensiktsmessig å legge til rette for en terapisisituasjon som nettopp fremmer mentaliseringsevne.

Det bør poengteres at korrelasjonene mellom evnen til å mentalisere om seg selv og alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelsen i hovedsak viste moderate sammenhenger, som betyr at mentaliseringsevne kun forklarer en del av variasjonen i spiseforstyrrelsens alvorlighetsgrad. Det vil si at en rekke andre faktorer kan ha betydning for alvorlighetsgraden. I behandling av pasienter med spiseforstyrrelser må man huske på at det er store individuelle variasjoner, hvor ulike pasienter har behov for ulike terapeutiske intervensjoner. Fokus på evnen til å mentalisere vil ikke alene kunne utgjøre behandling for denne pasientgruppen. Samtidig er sammenhengene mellom evnen til å mentalisere, spesielt om seg selv, og alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelsen såpass store at, man kan tenke seg at en økning i mentaliseringsevne vil ha en klinisk betydning. Resultatene kan indikere at en økning av mentaliseringsevne kan være en av flere mulige intervensjoner som kan føre til bedring.

5 Konklusjon

Generelt ser det ut til at svekket mentalisering om egne mentale tilstander kan være sentralt ved spiseforstyrrelser og at dette gjelder på tvers av diagnostiske grupper. Hypotesen om at svekket evne til å mentalisere om seg selv hang sammen med økt symptomtrykk ble støttet. BMI hadde ikke sammenheng med mentaliseringsevne når hele spiseforstyrrelsesutvalget ble undersøkt sammen, men et av instrumentene som fanger opp mentaliseringsevne om egne mentale tilstander (TAS) og BMI korrelerte sterkt innad i anoreksigrupper. BMI viste dermed lite konsekvent sammenheng med evnen til å mentalisere om seg selv, og mangelen på klare sammenhenger gjør det vanskelig å konkludere. Hypotesen om at svekket evne til å mentalisere om andre hadde sammenheng med økt alvorlighetsgrad fikk i hovedsak ikke støtte. Den eneste sammenhengen som gikk i forventet retning var en svak ikke-signifikant sammenheng mellom ytre mentalisering om andre og symptomtrykk i anoreksigruppen. I bulimigruppen gikk denne sammenhengen noe overraskende i motsatt retning, og hypermentalisering ble foreslått som en mulig forklaring. Da resultatene i de to diagnostiske gruppene var noe sprikende, er det behov for flere studier som undersøker evnen til å mentalisere om andre separat for pasienter med anoreksi og pasienter med bulimi. Den teoretiske antagelsen om at sammenhengen mellom svekket mentalisering om seg selv og spiseforstyrrelser går gjennom affektregulering fikk støtte på tvers av diagnostiske grupper av pasienter med spiseforstyrrelser.

Funnene indikerer at arbeid med å øke evnen til å mentalisere om seg selv vil være relevant i terapeutisk arbeid med pasienter med spiseforstyrrelser, da det kan føre til at affekter kan reguleres på annen måte enn ved kontroll av vekt og kropp. Denne studiens funn gir støtte for den teoretiske antagelsen om at svekket mentalisering fører til svekket affektregulering som igjen fører til økt symptomtrykk, men da denne studien baserer seg på korrelasjons- og regresjonsanalyser er det ikke mulig å fastslå kausalitet. Mentalisering virker uansett å være et begrep som kan øke forståelsen av spiseforstyrrelsens patologi. Kanskje kan en bedre forståelse av mentaliseringssvekkelser hos pasienter med spiseforstyrrelser bidra til bedre og mer tilpasset behandling for pasientgruppen.

Litteraturliste

- Adenzato, M., Todisco, P., & Ardito, R. B. (2012). Social Cognition in Anorexia Nervosa: Evidence of Preserved Theory of Mind and Impaired Emotional Functioning. *Plos One*, 7(8), 8. doi: 10.1371/journal.pone.0044414
- Allen, J. G. (2006). Mentalizing. I J. G. Allen & P. Fonagy (Red.), *Practice in Handbook of Mentalization-Bases-Treatment* (s. 31-52). West Sussex, UK.: John Wiley & Sons
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5 utg.). Washington, D.C American Psychiatric Association.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The 20-item Toronto-Alexithymia-Scale. 1. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. doi: 10.1016/0022-3999(94)90005-1
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The 20-item Toronto-Alexithymia-Scale. 2. Convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40. doi: 10.1016/0022-3999(94)90006-x
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator mediator variable distinction in social psychological-research- conceptual, strategic, and statistical considerations *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: an essay on autism and theory of mind*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C., & Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38(7), 813-822. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01599.x
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(2), 241-251. doi: 10.1017/s0021963001006643
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631-638. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07040636
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Beadle, J. N., Paradiso, S., Salerno, A., & McCormick, L. M. (2013). Alexithymia, emotional empathy, and self-regulation in anorexia nervosa. *Annals of Clinical Psychiatry*, 25(2), 107-120.
- Becker, A. E., Thomas, J. J., Bainivualiku, A., Richards, L., Navara, K., Roberts, A. L., . . . Grp, H. F. S. (2010). Validity and Reliability of a Fijian Translation and Adaptation of the Eating Disorder Examination Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 171-178.
- Berg, K. C., Peterson, C. B., Frazier, P., & Crow, S. J. (2011). Convergence of Scores on the Interview and Questionnaire Versions of the Eating Disorder Examination: A Meta-Analytic Review. *Psychological Assessment*, 23(3), 714-724. doi: 10.1037/a0023246
- Björk, T. (2008). *Measuring Eating Disorder Outcome. -Definitions, dropout and patients' perspectives*. Örebro University.
- Black, C. M. D., & Wilson, G. T. (1996). Assessment of eating disorders: Interview versus questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 20(1), 43-50. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199607)20:1<43::aid-eat5>3.0.co;2-4
- Bohn, K., Doll, H. A., Cooper, Z., O'Connor, M., Palmer, R. L., & Fairburn, C. G. (2008). The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 46(10), 1105-1110. doi: 10.1016/j.brat.2008.06.012
- Bohn, K., & Fairburn, C. (2008). The Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA) *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (s. 315-317). New York: Guilford Press.
- Bourke, M. P., Taylor, G. J., Parker, J. D. A., & Bagby, R. M. (1992). Alexithymia in women with anorexia nervosa- a preliminary investigation *British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243. doi: 10.1192/bjp.161.2.240
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic medicine*, 24(2), 187-194.

- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. New York: Basic Books.
- Buhl, C. (1990). *Følelser og kropp, behandling av alvorlige spiseforstyrrelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07081360
- Clausen, L., Rokkedal, K., & Rosenvinge, J. H. (2009). Validating the Eating Disorder Inventory (EDI-2) in Two Danish Samples: A Comparison between Female Eating Disorder Patients and Females from the General Population. *European Eating Disorders Review*, 17(6), 462-467. doi: 10.1002/erv.945
- Clausen, L., Rosenvinge, J. H., Friberg, O., & Rokkedal, K. (2011). Validating the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3): A Comparison Between 561 Female Eating Disorders Patients and 878 Females from the General Population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(1), 101-110. doi: 10.1007/s10862-010-9207-4
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2 utg.). Hillsdale, N.J.: Laurence Erlbaum.
- Connan, F., Campbell, I. C., Katzman, M., Lightman, S. L., & Treasure, J. (2003). A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiology & Behavior*, 79(1), 13-24. doi: 10.1016/s0031-9384(03)00101-x
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The Eating Disorder Examination - A Semistructured Interview for the Assessment of the Specific Psychopathology of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1-8. doi: 10.1002/1098-108x(198701)6:1<1::aid-eat2260060102>3.0.co;2-9
- Cumella, E. J. (2006). Review of the Eating Disorder Inventory-3. *Journal of Personality Assessment*, 87(1), 116-117. doi: 10.1207/s15327752jpa8701_11
- Dehning, S., Girma, E., Gasperi, S., Meyer, S., Tesfaye, M., & Siebeck, M. (2012). Comparative cross-sectional study of empathy among first year and final year medical students in Jimma University, Ethiopia: Steady state of the heart and opening of the eyes. *Bmc Medical Education*, 12, 12. doi: 10.1186/1472-6920-12-34

- DeSocio, J. E., O'Toole, J. K., He, H., Crosby, R., Koeller, P., Baird, S. A., & Lukach, M. (2012). Rating of Eating Disorder Severity Interview for Children: Psychometric Properties and Comparison with EDI-2 Symptom Index. *European Eating Disorders Review*, 20(1), e70-e77. doi: 10.1002/erv.1115
- Domes, G., Czeschnek, D., Weidler, F., Berger, C., Fast, K., & Herpertz, S. C. (2008). Recognition of facial affect in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(2), 135-147.
- Eddy, K., Dorer, D., Franko, D., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H., & Herzog, D. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 245-250.
- Espelage, D. L., Mazzeo, S. E., Aggen, S. H., Quittner, A. L., Sherman, R., & Thompson, R. (2003). Examining the construct validity of the Eating Disorder Inventory. *Psychological Assessment*, 15(1), 71-80. doi: 10.1037/1040-3590.15.1.71
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of Eating Disorders - Interview or Self-Report Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-370.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *British Journal of Psychiatry*, 198(1), 8-10. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083881
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & O'Connor, M. (2008). Eating Disorder Examination, 16th edition. I C. Fairburn (Red.), *Cognitive Behaviour Therapy and Eating Disorders*. (s. 265-308). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00088-8
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361(9355), 407-416. doi: 10.1016/s0140-6736(03)12378-1
- Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 1-13.
- Fernandez-Abascal, E. G., Cabello, R., Fernandez-Berrocal, P., & Baron-Cohen, S. (2013). Test-retest reliability of the 'Reading the Mind in the Eyes' test: a one-year follow-up study. *Molecular Autism*, 4, 6. doi: 10.1186/2040-2392-4-33
- Fertuck, E. A., Jekal, A., Song, I., Wyman, B., Morris, M. C., Wilson, S. T., . . . Stanley, B. (2009). Enhanced 'Reading the Mind in the Eyes' in borderline personality

- disorder compared to healthy controls. *Psychological Medicine*, 39(12), 1979-1988. doi: 10.1017/s003329170900600x
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Folkehelseinstituttet. (2004, 15.10.2014). Kroppsmasseindeks (KMI) og helse. fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=44496>
- Fonagy, P., Bateman, A., & Luyten, P. (2012). Introduction and Overview. I A. Bateman & P. Fonagy (Red.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (s. 3-42). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 411-430. doi: 10.1002/jclp.20241
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affektregulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., . . . Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 22-31. doi: 10.1037/0022-006x.64.1.22
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381. doi: 10.1017/s0954579409990198
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality .1. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-233.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.
- Fonagy, P., & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 544-576. doi: 10.1521/pedi.2006.20.6.544
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective Function Manual, Version 5.0 for Application to Adult Attachment Interviews*. . London: Univesity College.

- Fossati, A., Acquarini, E., Feeney, J. A., Borroni, S., Grazioli, F., Giarolli, L. E., . . . Maffei, C. (2009). Alexithymia and attachment insecurities in impulsive aggression. *Attachment & Human Development, 11*(2), 165-182. doi: Pii 909255869
doi: 10.1080/14616730802625235
- Fossati, A., Feeney, J., Maffei, C., & Borroni, S. (2014). Thinking about feelings: Affective State Mentalization, Attachment Styles, and Borderline Personality Disorder Features Among Italian Nonclinical Adolescents. *Psychoanalytic Psychology, 31*(1), 41-67. doi: 10.1037/a0033960
- Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence, 89*(2-3), 298-301. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2006.12.026
- Freud, S. (1900/1973). *The interpretation of dreams. The Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, vol IV*. London: The Hogarth Press and Institute of Psycho-analysis.
- Friborg, O., Reas, D. L., Rosenvinge, J. H., & Ro, O. (2013). Core pathology of eating disorders as measured by the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): the predictive role of a nested general (g) and primary factors. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 22*(3), 195-203. doi: 10.1002/mpr.1389
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2. Professional Manual*. Odessa, Florida.: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3. Professional Manual*. . Lutz, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E., & Jeczmiern, P. (2006). Emotional processing in eating disorders: Specific impairment or general distress related deficiency? *Depression and Anxiety, 23*(6), 331-339. doi: 10.1002/da.20163
- Giromini, L., Velotti, P., de Campora, G., Bonalume, L., & Zavattini, G. C. (2012). Cultural Adaptation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: Reliability and Validity of an Italian Version. *Journal of Clinical Psychology, 68*(9), 989-1007. doi: 10.1002/jclp.21876
- Godart, N., Perdereau, F., Curt, F., Lang, F., Venisse, J., Halfon, O., . . . Jeammet, P. (2004). Predictive factors of social disability in anorexic and bulimic patients. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 9*(4), 249-257.

- Goodsitt, A. (1997). Eating disorders: A self-psychological perspective. I D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Red.), *Handbook of treatment for eating disorders*, s. 205-228. New York: The Guilford Press.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. doi: 10.1023/b:joba.0000007455.08539.94
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 850-855. doi: 10.1037/0021-843x.115.4.850
- Green, M. W., Elliman, N. A., Wakeling, A., & Rogers, P. J. (1996). Cognitive functioning, weight change and therapy in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 30(5), 401-410.
- Hallerback, M. U., Lugnegard, T., Hjarthag, F., & Gillberg, C. (2009). The Reading the Mind in the Eyes Test: test-retest reliability of a Swedish version. *Cognitive Neuropsychiatry*, 14(2), 127-143. doi: 10.1080/13546800902901518
- Harkness, K. L., Jacobson, J. A., Duong, D., & Sabbagh, M. A. (2010). Mental state decoding in past major depression: Effect of sad versus happy mood induction. *Cognition & Emotion*, 24(3), 497-513. doi: 10.1080/02699930902750249
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2009). Emotion Recognition and Regulation in Anorexia Nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 348-356. doi: 10.1002/cpp.628
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological Medicine*, 40(11), 1887-1897. doi: 10.1017/s0033291710000036
- Harrison, A., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2010). Attentional Bias, Emotion Recognition, and Emotion Regulation in Anorexia: State or Trait? *Biological Psychiatry*, 68(8), 755-761. doi: 10.1016/j.biopsych.2010.04.037
- Hartmann, A., Zeeck, A., & Barrett, M. S. (2010). Interpersonal problems in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(7), 619-627.

- Herzog, D. B., Hopkins, J. D., & Burns, C. D. (1993). A follow - up study of 33 subdiagnostic eating disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 14(3), 261-267.
- Howell, D. (2013). *Statistical methods for psychology* (8 utg.). Wadsworth: Cengage Learning.
- Johnson, K. A., Zvolensky, M. J., Marshall, E. C., Gonzalez, A., Abrams, K., & Vujanovic, A. A. (2008). Linkages between cigarette smoking outcome expectancies and negative emotional vulnerability. *Addictive Behaviors*, 33(11), 1416-1424. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.05.001
- Kessler, H., Schwarze, M., Filipic, S., Traue, H. C., & von Wietersheim, J. (2006). Alexithymia and facial emotion recognition in patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 39(3), 245-251. doi: 10.1002/eat.20228
- Kettle, J. W. L., O'Brien-Simpson, L., & Allen, N. B. (2008). Impaired theory of mind in first-episode schizophrenia: comparison with community, university and depressed controls. *Schizophrenia Research*, 99(1-3), 96-102. doi: 10.1016/j.schres.2007.11.011
- King-Casas, B., Sharp, C., Lomax-Bream, L., Lohrenz, T., Fonagy, P., & Montague, P. R. (2008). The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science*, 321(5890), 806-810.
- Lacey, J. H., & Evans, C. D. H. (1986). The Impulsivist - A Multi-Impulsive Personality-Disorder. *British Journal of Addiction*, 81(5), 641-649.
- Laquatra, T. A., & Clopton, J. R. (1994). Characteristics of Alexithymia and Eating Disorders in College-women *Addictive Behaviors*, 19(4), 373-380. doi: 10.1016/0306-4603(94)90060-4
- Lecours, S., & Bouchard, M. A. (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 855-875.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., & Vermote, R. (2012). Assessment of Mentalization. I A. W. Bateman & P. Fonagy (Red.), *Handbook of mentalizing in Mental Health Practice* (s. 43-66). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Luyten, P., Fonagy, P., Mayes, L. C., Vermote, R., Lowyck, B., Bateman, A. W., & Target, M. (under publisering). *Broadening the scope of the mentalization based approach to psychopathology: Mentalization as a multidimensional concept*.

- Lynch, T. R., Rosenthal, M. Z., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C., & Blair, R. (2006). Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion*, 6(4), 647.
- Mitsopoulou, E., Kafetsios, K., Karademas, E., Papastefanakis, E., & Simos, P. G. (2013). The Greek Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: Testing the Factor Structure, Reliability and Validity in an Adult Community Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(1), 123-131. doi: 10.1007/s10862-012-9321-6
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. J. V. (2004a). Temporal stability of the eating disorder examination questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2), 195-203. doi: 10.1002/eat.20017
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. J. V. (2004b). Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 551-567. doi: 10.1016/s0005-7967(03)00161-x
- Moser, D. J., Benjamin, M. L., Bayless, J. D., McDowell, B. D., Paulsen, J. S., Bowers, W. A., . . . Andersen, A. E. (2003). Neuropsychological functioning pretreatment and posttreatment in an inpatient eating disorders program. *International Journal of Eating Disorders*, 33(1), 64-70.
- Nemiah, J. C., Freyberger, H., & Sifneos, P. E. (1976). Alexithymia: a view of the psychosomatic process. *Modern trends in psychosomatic medicine*, 3, 430-439.
- Nevonen, L., & Broberg, A. G. (2001). Validating the Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) in Sweden. *Eating and weight disorders : EWD*, 6(2), 59-67.
- Nevonen, L., Clinton, D., & Norring, C. (2006). Validating the EDI-2 in three Swedish female samples: Eating disorders patients, psychiatric outpatients and normal controls. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(1), 44-50. doi: 10.1080/08039480500504537
- Norring, C., & Sohlberg, S. (1988). Eating Disorder Inventory In Sweden - Description, Cross-Cultural-Comparison, and Clinical Utility. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(5), 567-575. doi: 10.1111/j.1600-0447.1988.tb06386.x
- Oldershaw, A., Hambrook, D., Tchanturia, K., Treasure, J., & Schmidt, U. (2010). Emotional theory of mind and emotional awareness in recovered anorexia nervosa patients. *Psychosomatic medicine*, 72(1), 73-79.

- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). The 20-item Toronto Alexithymia Scale - III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 269-275. doi: 10.1016/s0022-3999(02)00578-0
- Pedhazur, E. J., & Schmelkin, L. P. (1991). *Measurement, Design, and Analysis: An Integrated Approach*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates inc.
- Perkins, A. (2009). *Feelings, Faces and Food: Mentalization in Borderline Personality Disorder and Eating Disorders*. (Doctor of Psychology), University Of Surrey.
- Perkins, A., & Rogoff, S. (2011). *Development and validation of a new self-report measure of mentalization: the 54-item Reflective Function Questionnaire*. Paper presented at the British Association for Counselling & Psychotherapy (BACP) Conference, Liverpool.
- Peterson, C. B., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Joiner, T., Crow, S. J., Mitchell, J. E., . . . le Grange, D. (2007). Psychometric properties of the Eating Disorder Examination-Questionnaire: Factor structure and internal consistency. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 386-389. doi: 10.1002/eat.20373
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135103
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891. doi: 10.3758/brm.40.3.879
- Rastam, M., Gillberg, C., Gillberg, I. C., & Johansson, M. (1997). Alexithymia in anorexia nervosa: A controlled study using the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(5), 385-388. doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb09650.x
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2010). Normering av skår på Eating Disorder Examination Questionnaire og Clinical Impairment Assessment blant pasienter med spiseforstyrrelser. fra https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/prosjekterirek/prosjektregeri/ster/prosjekt?p_document_id=109513&p_parent_id=116132&_ikbLanguageCode=n
- Rosenvinge, J. H. (2009). Spiseforstyrrelser -diagnostikk, årsaksmodeller og forløp. *Medisinsk Informasjon*, 23(3), 6-9.

- Rosenvinge, J. H., & Götestam, K. G. (2002). Spiseforstyrrelser – hvordan bør behandlingen organiseres? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122(3), 285-288.
- Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., & Ostensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating and weight disorders : EWD*, 5(2), 52-61.
- Rothschild-Yakar, L., Levy-Shiff, R., Fridman-Balaban, R., Gur, E., & Stein, D. (2010). Mentalization and Relationships With Parents as Predictors of Eating Disordered Behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(7), 501-507. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181e526c8
- Russell, T. A., Schmidt, U., Doherty, L., Young, V., & Tchanturia, K. (2009). Aspects of social cognition in anorexia nervosa: Affective and cognitive theory of mind. *Psychiatry Research*, 168(3), 181-185. doi: 10.1016/j.psychres.2008.10.028
- Rutherford, H. J. V., Wareham, J. D., Vrouva, I., Mayes, L. C., Fonagy, P., & Potenza, M. N. (2012). Sex Differences Moderate the Relationship Between Adolescent Language and Mentalization. *Personality Disorders-Theory Research and Treatment*, 3(4), 393-405. doi: 10.1037/a0028938
- Rø, Ø., Reas, D. L., & Lask, B. (2010). Norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire among female university students in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(6), 428-432.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2-6), 255-262.
- Skårderud, F. (2007a). Eating one's words, part I: 'Concretised metaphors' and reflective function in anorexia nervosa - An interview study. *European Eating Disorders Review*, 15(3), 163-174. doi: 10.1002/erv.777
- Skårderud, F. (2007b). Eating one's words, part II: The embodied mind and reflective function in anorexia nervosa-theory. *European Eating Disorders Review*, 15(4), 243-252. doi: 10.1002/erv.778
- Skårderud, F. (2007c). *Psychiatry in the flesh. Embodiment of troubled lives. Studies of anorexia nervosa and eating disorders*. (Degree of Doctor medicine), University of Oslo, Oslo.
- Skårderud, F. (2009). Bruch Revisited and Revised. *European Eating Disorders Review*, 17(2), 83-88. doi: 10.1002/erv.923

- Skårderud, F. (2013). *Sterk/Svak: Håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.
- Skårderud, F., & Fonagy, P. (2012). Eating Disorders. I A. Bateman & P. Fonagy (Red.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (s. 347-383). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Skårderud, F., Rosenvinge, J. H., & Gøtestam, K. G. (2004). Spiseforstyrrelser - en oversikt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 12(2), 1938-1942.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisation-a new theoretical and therapeutical concept. [Mentalisering--et nytt teoretisk og terapeutisk begrep.]. *Tidsskrift for den Norske legeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny rakke*, 128(9), 1066-1069.
- Skårderud, F., Sommerfeldt, B., Bateman, A., & Fonagy, P. (innsendt for publisering). Minding the body. Part 1. Eating disorders as clinical examples of impaired mentalizing. Theory and descriptions. .
- Skårderud, F., Sommerfeldt, B., & Fonagy, P. (2012). Den reflekterende kroppen. Mentalisering og spiseforstyrrelser. *Nord J of Child Adol Psychother*, 2, 6-21.
- Skårderud, F., Sommerfeldt, B., Sætherhaug, H. K., & Zachrisson, H. D. (2008). *Minding the body: Research protocol*. Regional Services for Eating Disorders (RASP) Oslo University Hospital, Ullevål.
- Statens helsetilsyn. (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293. doi: 10.1176/appi.ajp.159.8.1284
- Steinhausen, H. C. (2009). Outcome of Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 225-+. doi: 10.1016/j.chc.2008.07.013
- Steinhausen, H. C., & Weber, S. (2009). The Outcome of Bulimia Nervosa: Findings From One-Quarter Century of Research. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1331-1341. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09040582
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2013). Psychoanalysis and Empirical Research: The Example of Alexithymia. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 61(1), 99-133. doi: 10.1177/0003065112474066

- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale - IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 277-283. doi: 10.1016/s0022-3999(02)00601-3
- Taylor, G. J., Parker, J. D. A., Bagby, R. M., & Bourke, M. P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 561-568. doi: 10.1016/s0022-3999(96)00224-3
- Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, R. M. (1985). Toward the Development of a New Self-Report Alexithymia Scale *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(4), 191-199.
- Tchanturia, K., Happe, F., Godley, J., Treasure, J., Bara-Carril, N., & Schmidt, U. (2004). 'Theory of mind' in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12(6), 361-366. doi: 10.1002/erv.608
- Tozzi, F., Thornton, L. M., Klump, K. L., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Kaplan, A. S., . . . Kaye, W. H. (2005). Symptom fluctuation in eating disorders: Correlates of diagnostic crossover. *American Journal of Psychiatry*, 162(4), 732-740. doi: 10.1176/appi.ajp.162.4.732
- Vellante, M., Baron-Cohen, S., Melis, M., Marrone, M., Petretto, D. R., Masala, C., & Preti, A. (2013). The "Reading the Mind in the Eyes" test: Systematic review of psychometric properties and a validation study in Italy. *Cognitive Neuropsychiatry*, 18(4), 326-354. doi: 10.1080/13546805.2012.721728
- Voracek, M., & Dressler, S. G. (2006). Lack of correlation between digit ratio (2D : 4D) and Baron-Cohen's "Reading the Mind in the Eyes" test, empathy, systemising, and autism-spectrum quotients in a general population sample. *Personality and Individual Differences*, 41(8), 1481-1491. doi: 10.1016/j.paid.2006.06.009
- Waller, G., & Hodgson, S. (1996). Body image distortion in anorexia and bulimia nervosa: the role of perceived and actual control. *The Journal of nervous and mental disease*, 184(4), 213-219.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., & Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 497-505. doi: 10.1348/000711201161145
- Welch, E., Birgegard, A., Parling, T., & Ghaderi, A. (2011). Eating disorder examination questionnaire and clinical impairment assessment questionnaire: General

- population and clinical norms for young adult women in Sweden. *Behaviour Research and Therapy*, 49(2), 85-91. doi: 10.1016/j.brat.2010.10.010
- Wilshire, V. (2011). *Mentalization and Eating Disorders*. (Doctor of Psychology), University of Surrey.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for research*. Geneva.
- World Health Organization. (1999). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. (1 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Landt, M., & Van Furth, E. F. (2012). Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eating Behaviors*, 13(4), 305-309. doi: 10.1016/j.eatbeh.2012.09.002

Appendiks

Appendiks 1: Samtykke og informasjonsskriv utlevert til deltagerne i forskningsprosjektet

Appendiks 2: TAS-20

Appendiks 3: RFQ

Appendiks 4: RMET

Appendiks 5: Utviklingen av Reflective function questionnaire (RFQ)

Appendiks 6: Oversikt over subskalaene i EDI-2

Appendiks 7: BMI klassifisering

Appendiks 8: DERS

Appendiks 9: Sammenligningsutvalg for mentaliseringsvariablene

Appendiks 10: Sammenligningsutvalg for symptomvariablene

Appendiks 11: Sammenligningsutvalg for affektreguleringsvariabelen (DERS)

Appendiks 12: Separat deskriptiv statistikk for anoreksigruppen og bulimigruppen

Appendiks 13: Separate korrelasjoner for anoreksigruppen og bulimigruppen

Appendiks 1: Samtykke og informasjonsskriv utlevert til deltagerne i forskningsprosjektet

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

”Minding the body”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å fremme forståelse og behandling av spiseforstyrrelser. Vi ønsker å utvikle en skreddersydd behandlingsmodell for personer med spiseforstyrrelser basert på mentaliseringsbasert teori og metode. Begrepet mentalisering viser til evnene til å forstå og fortolke både egne og andres tanker og følelser. Mentaliseringsbasert terapi er en psykoterapiform som har til hensikt å bedre pasientenes mentaliseringskapasitet og derigjennom bidra til å redusere symptomer. Studien gjennomføres i regi av Regional avdeling for spiseforstyrrelser ved Oslo universitetssykehus, Ullevål, og prosjektet ledes av professor og overlege i psykiatri Finn Skårderud.

Studien vil inkludere voksne personer med spiseforstyrrelser som søker behandling for sin lidelse. Alle deltakerne vil gjennomgå de samme spørreundersøkelsene og intervjuene samt at de mottar behandling som er en kombinasjon av individualbehandling, gruppebehandling og undervisning.

Hva innebærer studien?

Hvis du sier ja til å delta i studien, vil dette innebære at du blir bedt om å svare på spørreskjemaer samt delta i to intervjuer ved oppstart av behandling. Du vil få de samme spørreskjemaene ved avslutningen av behandlingen. Totalt sett vil hele utredningen ta cirka tre timer ved oppstart og cirka tre timer ved avslutning. Dette vil deles opp i flere økter.

Disse opplysningene vil bli lagret ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål. Spørreskjemaene og intervjuene vil bli anonymisert og kodet. I 2020 vil kodelisten makuleres, slik at dataene ikke kan spores tilbake til deg.

I tillegg vil alle behandlingstimer bli tatt opp på video. Dersom du motsier deg videoopptak, vil ikke det påvirke datainnsamlingen, da video ikke er en del av datamaterialet, men skal kun brukes til klinisk veiledning av behandlerne. Videoopptak skal oppbevares i låst arkivskap etter samme regler som pasientjournaler og slettes etter tolv måneder etter opptaksdato, hvis ikke fornyet samtykke foreligger. Du har rett til å se videotapen og kan til enhver tid kreve at båndet slettes. Opptakene skal brukes til veiledning av behandlere knyttet til prosjektet. Visning til andre enn fagpersoner knyttet til prosjektet krever særskilt samtykke fra deg.

Behandlingen består av gruppeterapi og individualterapi. I starten av behandlingen vil det også være en psykopedagogisk gruppe som vil gå over fem ganger som vil gå parallelt med gruppe- og individualterapien.

Mulige fordeler og ulemper

Du vil få et strukturert og intensivt behandlingstilbud for din spiseforstyrrelse. Erfaringer fra studien vil også senere kunne hjelpe andre med samme diagnose. Utfylling av spørreskjema tar noe tid og kan oppleves som en ulempe. Det samme gjelder intervjuer i forbindelse med

utredning før oppstart i behandlingen. Samtidig vil du få tilbakemeldinger fra spørreundersøkelsen, og dette er noe som kan oppleves som svært meningsfullt.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysninger du gir fra deg, blir ivarettatt av de prosjektansvarlige ved Oslo universitetssykehus, Ullevål. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle involverte i prosjektet har taushetsplikt, og opplysningene som innhentes vil bli behandlet konfidensielt. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og kan finne tilbake til deg. Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som vi har registrert om deg. Opplysninger som kan føres tilbake til deg slettes når prosjektet er avsluttet, senest i 2020. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Dersom du trekker deg fra studien, kan du få kreve å få slettet innsamlede opplysninger.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke til å delta i studien. Hvis du ikke vil delta i studien vil du bli vurdert til behandling lokalt eller ordinær behandling ved RASP. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen nederst på siden. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Finn Skårderud, telefon 918 99 990. Denne behandlingsstudien er tiltak utover ordinær behandling. Deltakerne vil bli rekruttert via distriktpsikiatriske sentre og tilsvarende offentlige tiltak, og vil allerede være vurdert som rettighetspasienter. Om man trekker seg, vil man bli tilbudt ”behandling som vanlig” innenfor det lokale psykiatriske senter hvor man har blitt tilkjent behandlingsrettigheter.

Samtykkeerklæring: Jeg er villig til å delta i studien	Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien:
----- (Signert av prosjektdeltaker, dato)	----- (Signert, rolle i studien, dato)

Appendiks 2: TAS-20

TAS-20

Angi hvor mye du er uenig eller enig i hver av de 20 utsagnene ved å sette kryss (x) der det passer best med hva du synes er viktig for deg. Sett bare ett kryss for hvert utsagn.

	Helt uenig	Moderat uenig	Hverken uenig eller enig	Moderat enig	Helt enig
1. Jeg er ofte usikker på hvilken følelse jeg har.
2. Det er vanskelig for meg å finne de riktige ordene til å beskrive mine følelser.
3. Jeg merker ting i kroppen min som selv legene ikke forstår.
4. Jeg kan lett beskrive mine følelser.
5. Jeg foretrekker å analysere problemer framfor å bare beskrive dem.
6. Når jeg er opprørt, vet jeg ikke om jeg er lei meg, redd eller sint.
7. Jeg spekulerer ofte på fornemmelser jeg får i kroppen.
8. Jeg foretrekker å la ting hende framfor å å forsøke å forstå hvorfor det ble som det ble.
9. Jeg har følelser som jeg ikke riktig vet hva er.
10. Det er viktig å være i kontakt med sine følelser.

	Helt uenig	Moderat uenig	Hverken uenig eller enig	Moderat enig	Helt enig
11. Det er vanskelig å beskrive hva jeg føler for andre.
12. Folk ber meg å beskrive mine følelser mer.
13. Jeg vet ikke hva som foregår inni meg.
14. Ofte vet jeg ikke hvorfor jeg er sint.
15. Jeg foretrekker å snakke med folk om dagligdagse gjøremål fremfor følelsesmessige forhold.
16. Jeg foretrekker å se på "lettere" underholdning fremfor "psykologiske drama."
17. Selv til nære venner er det vanskelig for meg å vise mine innerste følelser.
18. Jeg kan føle nærhet til noen, selv når det er stille.
19. Jeg finner det nyttig å granske mine egne følelser når jeg skal løse personlige problemer.
20. Å se etter skjulte meninger i kino eller teaterstykker forhindrer meg i å glede meg over stykket.

Appendiks 3: RFQ


a) RFQ-54

Spørreskjema om tanker og følelser

I det følgende finner du en rekke påstander. Ved hver av dem er det en skala fra 1 til 7 som du skal bruke for å markere hvor godt disse beskriver deg nå. Sett en ring rundt det tallet som passer.

Hvis du er *veldig uenig*, marker du dette ved å sette en ring rundt 1-tallet. Hvis du er *veldig enig*, marker du dette ved å sette en ring rundt 7-tallet. Dersom du mener at sannheten ligger et eller annet sted i mellom, markerer du dette ved å markere det tallet som best tilsvarer det du mener.

Ikke bruk så mye tid på å vurdere hva du skal svare – den første reaksjonen din er stort sett den beste.

		Veldig uenig					Veldig enig				
											
1	Folks tanker er et mysterium for meg	1	2	3	4	5	6	7			
2	Det er lett for meg å finne ut av hva andre tenker eller føler	1	2	3	4	5	6	7			
3	Oppfatningen jeg har av foreldrene mine, forandrer seg etter hvert som jeg forandrer meg	1	2	3	4	5	6	7			
4	Jeg bekymrer meg mye for hva folk tenker og føler	1	2	3	4	5	6	7			
5	Jeg er oppmerksom på hvordan min atferd virker inn på andres følelser	1	2	3	4	5	6	7			
6	Det tar meg lang tid å forstå andres tanker og følelser	1	2	3	4	5	6	7			
7	Jeg vet akkurat hva de nære vennene mine tenker	1	2	3	4	5	6	7			
8	Jeg vet alltid hva jeg føler	1	2	3	4	5	6	7			
9	Det jeg føler selv, kan lett virke inn på hvordan jeg oppfatter andres oppførsel	1	2	3	4	5	6	7			
10	Jeg kan forstå hva andre folk føler ved å se på øynene deres	1	2	3	4	5	6	7			
11	Jeg er klar over at jeg noen ganger misforstår reaksjonene til mine beste venner	1	2	3	4	5	6	7			
12	Jeg er ofte usikker om hva jeg egentlig føler	1	2	3	4	5	6	7			
13	Jeg lurer på hva drømmene mine betyr	1	2	3	4	5	6	7			

	<div> Veldig uenig <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div> Veldig enig </div>						
14 Å forstå hva en annen tenker eller føler er aldri vanskelig for meg	1	2	3	4	5	6	7
15 Jeg tror ikke at måten foreldrene mine behandler meg på, skal forklares ut ifra hvordan de ble oppdratt	1	2	3	4	5	6	7
16 Jeg vet ikke alltid hvorfor jeg gjør det jeg gjør	1	2	3	4	5	6	7
17 Jeg har merket meg at folk ofte gir andre råd som de faktisk selv har lyst til å følge	1	2	3	4	5	6	7
18 Det er veldig vanskelig for meg å finne ut hva som foregår i andres hoder	1	2	3	4	5	6	7
19 Andre mennesker sier at jeg er god til å lytte	1	2	3	4	5	6	7
20 Når jeg blir sint, sier jeg ting uten å egentlig vite hvorfor jeg sier dem	1	2	3	4	5	6	7
21 Jeg er ofte nysgjerrig på hva som ligger bak andres handlinger	1	2	3	4	5	6	7
22 Jeg strever veldig med å forstå andres følelser	1	2	3	4	5	6	7
23 Jeg må ofte tvinge folk til å gjøre det jeg vil at de skal gjøre	1	2	3	4	5	6	7
24 Det virker som om de som står meg nær, ofte syns det er vanskelig å skjønne hvorfor jeg gjør ting	1	2	3	4	5	6	7
25 Jeg føler at hvis jeg ikke er forsiktig, kan jeg trenge meg inn på andre	1	2	3	4	5	6	7
26 Andre folks følelser og tanker er forvirrende for meg	1	2	3	4	5	6	7
27 Jeg kan stort sett forutse hva andre kommer til å gjøre	1	2	3	4	5	6	7
28 Sterke følelser gjør ofte at jeg tenker uklart	1	2	3	4	5	6	7
29 Jeg har kommet fram til at hvis jeg skal finne ut akkurat hva andre føler, må jeg spørre dem	1	2	3	4	5	6	7
30 Min intuisjon når det gjelder andre, slår nesten aldri feil	1	2	3	4	5	6	7
31 Jeg tror at folk kan oppleve en situasjon veldig forskjellig, avhengig av egne oppfatninger og erfaringer	1	2	3	4	5	6	7
32 Det hender at jeg sier ting uten å ane hvorfor	1	2	3	4	5	6	7
33 Jeg liker å tenke over hvorfor jeg handler som jeg gjør	1	2	3	4	5	6	7
34 Jeg har vanligvis en god ide om hva som foregår i andres sinn	1	2	3	4	5	6	7
35 Jeg stoler på følelsene mine	1	2	3	4	5	6	7

	Veldig uenig						Veldig enig
							→
36 Når jeg blir sint, sier jeg ting jeg angrer på etterpå	1	2	3	4	5	6	7
37 Jeg blir usikker når folk snakker om følelsene sine	1	2	3	4	5	6	7
38 Jeg er en god tankeleser	1	2	3	4	5	6	7
39 Det kjennes ofte som om hodet mitt er tomt	1	2	3	4	5	6	7
40 Om jeg føler meg usikker, kan jeg oppføre meg sånn at andre snur ryggen til meg	1	2	3	4	5	6	7
41 Jeg synes det er vanskelig å forstå andres synspunkter	1	2	3	4	5	6	7
42 Jeg pleier å vite nøyaktig hva andre tenker	1	2	3	4	5	6	7
43 Jeg regner med at følelsene mine kan endre seg, selv i forhold til ting jeg føler sterkt for	1	2	3	4	5	6	7
44 Det hender at jeg gjør ting uten at jeg egentlig vet hvorfor	1	2	3	4	5	6	7
45 Jeg er oppmerksom på følelsene mine	1	2	3	4	5	6	7
46 I en krangel er jeg fortsatt opptatt av den andres synspunkter	1	2	3	4	5	6	7
47 Magefølelsen min om hva andre tenker og føler er vanligvis riktig	1	2	3	4	5	6	7
48 Det er lettere å tilgi folk når jeg forstår hvorfor de handler som de gjør	1	2	3	4	5	6	7
49 Jeg tror ikke det fins noen RIKTIG måte å oppfatte en situasjon på	1	2	3	4	5	6	7
50 Jeg stoler mer på fornuft enn på magefølelsen	1	2	3	4	5	6	7
51 Jeg husker ikke mye fra da jeg var barn	1	2	3	4	5	6	7
52 Jeg mener at det ikke er noen vits i å prøve å gjette seg til hva som foregår i andres sinn	1	2	3	4	5	6	7
53 For meg betyr handlinger mer enn ord	1	2	3	4	5	6	7
54 Jeg synes at andre mennesker er så forvirrende at det ikke er noen vits i å prøve å forstå dem	1	2	3	4	5	6	7

b) RFQ-18 Items som ble benyttet i skåringen av RFQ-self og RFQ-other

RFQ-self = Item 8, 12, 16, 20, 28, 35, 40, 45 og 46.

RFQ-other= Item 1, 2, 6, 7, 14, 18, 26, 27 og 38.

Appendiks 4: RMET

Oppgavene respondenten skal besvare. Respondenten skal ringe rundt riktig svar

Øvelse

1

sjalu

panikkslagen

leken

trøstende



arrogant

hatefull

irritert

uinteressert

2

3

vettskremt

opprørt

spøkefull

nervøs



arrogant

irritert

begjærlig

sikker på noe

4

5

spøkefull

insisterende

irritert

sarkastisk



munter

avslappet

bekymret

vennlig

6

7

forskrekket

dagdrømmende

unnskyldende

vennlig



utålmodig

skremt

urolig

motløs

8

misunnelig

lettet



sjenert

spent

9

forarget

fiendtlig



forskrekket

tankefull

10

varsom

insisterende



kjeder seg

forskrekket

11

vettskremt

munter



angrende

flørtende

12

likegyldig

flau over noe



skeptisk

motløs

13

bestemt

forventningsfull



truende

sjenert

14

irritert

skuffet



nedfor

anklagende

15

undrende

nervøs



oppmuntrende

munter

16

irritert

tankefull



oppmuntrende

sympatisk

17

tvilende

kjærlig



leken

forskrekket

18

beslutsom

munter



forskrekket

kjede seg

19

arrogant

takknemlig



sarkastisk

nølede

20

dominerende

vennlig



føle seg skyldig

forskrekket

21

flau over noe

dagdrømmende



forvirret

vettskremt

22

tankefull

takknemlig



insisterende

tryglende

23

tilfreds

unnskyldende



trassig

nysgjerrig

24

alvorsfull

irritert



begeistret

fiendtlig

25

vettskremt

skeptisk



mismodig

interessert

26

skremt

sjenert



fiendtlig

engstelig

27

spøkende

varsom



arrogant

betryggende

28

interessert

spøkende



kjærlig

tilfreds

29

utålmodig

forskrekket



irritert

reflekterende

30

takknemlig

flørtende



fiendtlig

skuffet

31

skamfull

sikker på noe



spøkende

motløs

32

alvorlig

skamfull



fortumlet

skremt

34

forskrekket

forbløffet



skeptisk

vettskremt

36

skamfull

nervøs



mistenksom

ubesluttosom

33

flau over noe

føle seg skyldig



dagdrømmende

bekymret

35

rådvill

nervøs



insisterende

tankefull

Appendiks 5: Utviklingen av Reflective function questionnaire (RFQ)

RFQ ble utviklet på bakgrunn av forståelsen av mentalisering som et multidimensjonelt begrep. For at RFQ skulle være et selv-rapportmål som var enkelt å bruke ble den utviklet for å fange opp et begrenset antall dimensjoner av mentalisering (Luyten et al., 2012; Luyten et al., under publisering; Perkins, 2009). RFQ ble utviklet for å måle kontrollert fremfor automatisk mentalisering, da måling av automatisk mentalisering krever komplekse og mer eksperimentelle målemetoder. RFQ ble også utviklet for å i hovedsak måle indre mentalisering fremfor ytre mentalisering, da det ble vurdert at det allerede eksisterte gode mål på ytre mentalisering, som for eksempel Reading the mind in the eyes test (RMET). RFQ skulle i tillegg fange opp både selv-andre dimensjonen av mentalisering og kognitiv-affektiv dimensjonen. Utviklingen av RFQ ble gjort på bakgrunn av en forståelse av at god mentalisering innebærer et balansert perspektiv hvor man er klar over at man ikke kan ha fullstendig innsikt i egne og andres mentale tilstander (Perkins, 2009).

På bakgrunn av teori utviklet Fonagy og Ghinai 101 items. 14 internasjonale mentaliseringseksperter ga tilbakemelding på hvorvidt de trodde hvert av disse 101 itemene indikerte høy mentaliseringsevne eller ikke. Kun de itemene som nådde statistisk signifikant nivå av interrater reliabilitet ble beholdt. Utsagnene ble også vurdert på face- og innholdsvaliditet. Tilslutt var det 46 items igjen som utgjorde den første versjonen av RFQ, RFQ-46. Itemen ble skåret på en 6-punkt likertskala fra 1, veldig uenig til 6, veldig enig. Itemen var en blanding av items hvor skåring midt på skalaen ga toppskår (medianskårede items), og items hvor skåring i den riktige enden av skalaen ga toppskår (polarskårede items). Perkins (2009), under veiledning av Fonagy, gjorde i sin doktorgrad et pilotstudie med RFQ-46 i et blandet klinisk og ikke-klinisk utvalg ($N=403$). Datascreening og eksplorerende faktoranalyse reduserte RFQ46 til RFQ15. To konseptuelle helhetlige faktorer ble funnet, internal self og internal other. I etterkant av dette pilotstudie ble RFQ revidert og RFQ-54 ble utviklet. 8 nye teoribaserte item ble lagt til for å øke reliabiliteten til den svakere internal-other faktoren, i tillegg til det isteden ble benyttet en 7-punkts likertskala for at medianskårede items kun skulle ha en toppskår (Perkins, 2009). Perkins og Rogoff (2011) presenterte preliminare resultater fra et valideringsstudie av RFQ54 på en konferanse i Liverpool. De preliminare analysene var basert på et blandet klinisk og ikke-klinisk utvalg på 100 deltagere. Datascreening og eksplorerende faktoranalyse redusert RFQ-54 til RFQ-18 og det ble funnet støtte for faktorene internal self og internal other (Perkins & Rogoff, 2011).

Appendiks 6: Oversikt over subskalaene i EDI-2

Oversikt over subskalaene i EDI-2 som er sammenslått til symptomskalaen i denne studien.

Symptomskala	Drive for thinnes (Vektfobi)
	Bulimia (Bulimi)
	Body Dissatisfaction (Misnøye med kropp)

Oversikt over psykologiske subskalaene i EDI-2. Disse er ikke benyttet i denne studien.

De psykologiske subskalaene	Ineffectiveness (Lav selvfølelse)
	Interpersonal Distrust (Mellommenneskelig utrygghet)
	Interoceptive Awareness (Introspektiv oppmerksomhet)
	Perfectionism (Perfeksjonisme)
	Maturity Fears (Redsel for voksenlivet)
	Ascetism (Askese)
	Impulse Regulation (Impulsregulering)
	Social Insecurity (Sosial utrygghet)

Appendiks 7: BMI klassifisering

Verdens helseorganisasjon (WHO) har fastsatt grenseverdier for kroppsmasseindeks (KMI) hos voksne. På engelsk kalles denne indeksen body mass indeks (BMI). BMI er et uttrykk på vekt i forhold til høyde (Folkehelseinstituttet, 2004).

Klassifisering	BMI
Undervekt	Under 18,5
Normalvekt	18,5-24,9
Overvekt	25-29,9
Fedme	30 og over

Det er i denne tabellen valgt å ikke inndelegge fedme i ulike kategorier på tross av at Folkehelseinstituttet har gjort denne inndelingen, da denne inndelingen ikke vil være relevant for denne studiens utvalg.

Appendiks 8: DERS

Vennligst gi uttrykk for hvor ofte utsagnene fremtrer hos deg ved å skrive passende nummer fra skalaen nedenfor på linjen ved siden av hvert utsagn:

1-----	2-----	3-----	4-----	5
Nesten aldri (0-10%)	Av og til (11-35%)	Omtrent halvparten av tiden (36-65%)	mesteparten av tiden (66-90%)	nesten alltid (91-100%)

- _____ 1) Jeg er sikker på mine følelser.
- _____ 2) Jeg er oppmerksom på hvordan jeg føler meg.
- _____ 3) Jeg opplever mine følelser som overveldende og ute av kontroll.
- _____ 4) Jeg har ingen anelse om hvordan jeg føler meg.
- _____ 5) Jeg har vansker med å forstå mine egne følelser.
- _____ 6) Jeg er oppmerksom mot følelsene mine.
- _____ 7) Jeg er sikker på hvordan jeg føler meg.
- _____ 8) Jeg bryr meg om hvordan jeg føler meg.
- _____ 9) Jeg er forvirret om hvordan jeg føler meg.
- _____ 10) Når jeg er opprørt, anerkjenner jeg mine følelser.
- _____ 11) Når jeg er opprørt, blir jeg sint på meg selv for at jeg føler det slik.
- _____ 12) Når jeg er opprørt, blir jeg flau over at jeg føler det på den måten.
- _____ 13) Når jeg er opprørt, har jeg vanskeligheter med å arbeide.
- _____ 14) Når jeg er opprørt, mister jeg kontrollen.
- _____ 15) Når jeg er opprørt, tror jeg at det vil forbli slik for en lang stund.
- _____ 16) Når jeg er opprørt, tror jeg at jeg vil ende opp med å bli deprimert.
- _____ 17) Når jeg er opprørt, tror jeg at mine følelser er gyldige og viktige.
- _____ 18) Når jeg er opprørt, har jeg vanskeligheter med å fokusere på andre ting.
- _____ 19) Når jeg er opprørt, føler jeg at jeg ikke har kontroll.
- _____ 20) Når jeg er opprørt, kan jeg fortsatt få ting gjort.
- _____ 21) Når jeg er opprørt, blir jeg flau over meg selv for å føle det slik.

1-----	2-----	3-----	4-----	5
Nesten aldri (0-10%)	Av og til (11-35%)	Omtrent halvparten av tiden (36-65%)	mesteparten av tiden (66-90%)	nesten alltid (91-100%)

- ____ 22) Når jeg er opprørt, vet jeg at jeg kan finne en måte å føle meg bedre på tilslutt.
- ____ 23) Når jeg er opprørt, føler jeg meg svak.
- ____ 24) Når jeg er opprørt, føler jeg at jeg kan beholde kontroll over mine handlinger.
- ____ 25) Når jeg er opprørt, har jeg dårlig samvittighet for å føle det slik.
- ____ 26) Når jeg er opprørt, har jeg vansker med å konsentrere meg.
- ____ 27) Når jeg er opprørt, har jeg vansker med å kontrollere mine handlinger.
- ____ 28) Når jeg er opprørt, tror jeg at det ikke er noen ting jeg kan gjøre for å få meg til å føle
meg bedre
- ____ 29) Når jeg er opprørt, blir jeg irritert på meg selv for å føle det slik.
- ____ 30) Når jeg er opprørt, starter jeg å føle dårlig om meg selv.
- ____ 31) Når jeg er opprørt, tror jeg at å dvele ved det er alt jeg kan gjøre.
- ____ 32) Når jeg er opprørt, mister jeg kontroll over mine handlinger.
- ____ 33) Når jeg er opprørt, har jeg vanskeligheter med å tenke på andre ting.
- ____ 34) Når jeg er opprørt, tar det tid å finne ut av hva det er jeg egentlig føler.
- ____ 35) Når jeg er opprørt, tar det meg lang tid å føle meg bedre.
- ____ 36) Når jeg er opprørt, oppleves følelser mine overveldende.

Appendiks 9: Sammenligningsutvalg for mentaliseringsvariablene

a) Toronto alexithymia scale-20 (TAS-20)

M	SD
40.10	8

Normdata er hentet fra et studie gjort av Einar Haave (referert i Taylor et al., 2003). Utvalget bestod av 229 norske studenter. Studien er etter hva vi vet kun referert i en tabell i Taylor et al. (2003). Derfor er det begrenset med informasjon om denne studiens utvalg.

b) Reading the mind in the eyes test (RMET)

	M	SD
Gruppe 1	26.2	3.6
Gruppe 2	28.0	3.5

RMET er ikke tidligere benyttet i Norge og det finnes derfor ikke norske sammenligningsutvalg. Det er gjort et studie i Sverige på RMET (Hallerback, Lugnegard, Hjarthag, & Gillberg, 2009), men da den svenske studien brukte en annen versjon enn den som ble benyttet i denne studien kunne ikke det svenske utvalget bli benyttet som sammenligningsutvalg. Utvalgene som gir grunnlag for sammenligning med vår studie er hentet fra studien hvor Baron-Cohen et al. (2001) presenterte den nyeste utgaven av RMET. Studien er gjennomført i England.

Utvalget i gruppe 1 bestod av 122 personer fra ulike voksenopplæringsklasser samt tilfeldige personer som benyttet biblioteket i Exeter. Utvalget varierte i utdanningsnivå. Gjennomsnittsalder var 46.5 år med et standardavvik på 16.9.

Utvalget i gruppe 2 bestod av 103 studenter fra Universitetet i Cambridge. Utvalget bestod av 50 kvinner og 53 menn. Gjennomsnittlig alder var 20.8 med et standardavvik på 0.8.

Appendiks 10: Sammenligningsutvalg for symptomvariablene

a) EDE-Q

Norske normer er under innsamling gjennom et forskningsprosjekt ledet av Øyvind Rø (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 2010).

Det finnes etter hva vi vet ikke foreløpig normer på EDE-Q for pasienter med spiseforstyrrelser i Norge, kun normer basert på normalpopulasjon (Rø, Reas, & Lask, 2010). Normdata i denne studien er hentet fra Sverige (Welch, Birgegård, Parling, & Ghaderi, 2011), fordi det var ønskelig med normer for utvalg fra både klinisk populasjon og generell populasjon. Det er valgt å kun vise normdata for den totale EDE-Q skåren, da denne er den eneste som benyttes i studien.

Utvalget er hentet fra en klinisk populasjon av pasienter med spiseforstyrrelser. Utvalget besto av kvinner i alder 18-66 år ($N=2383$). Alle møtte kriteriet for en spiseforstyrrelsesdiagnose fra DSM-IV. Den diagnostiske distribusjonen var 20% anorexia nervosa (AN), 35,5% bulimia nervosa (BN), 44,5% eating disorder not otherwise specified (EDNOS).

Sammenligningsgruppa bestod av et randomisert utvalg fra den generelle populasjonen av kvinner i alder fra 18-30 år ($N=760$). Utvalget var begrenset til unge kvinner grunnet deres overrepresentasjon ved spiseforstyrrelsespatologi.

Gjennomsnitt og standardavvik i det totale kliniske utvalget og utvalg fra generell populasjon

	Klinisk utvalg		Utvalg fra generell populasjon	
	M	SD	M	SD
EDE-Q globalskåre	4,06	1,20	1,56	1,27

Gjennomsnitt og standardavvik for de innenfor det kliniske utvalget som var diagnostisert med Anorexia nervosa og Bulimia nervosa.

	Anorexia Nervosa		Bulimia nervosa	
	M	SD	M	SD
EDE-Q globalskåre	3,74	1,40	4,36	1,02

Gjennomsnittlig EDE-Q globalskåre var signifikant høyere for pasientene med diagnose Bulimia Nervosa enn pasientene med Anorexia Nervosa. Signifikansnivå satt til $p<0,05$.

b) EDI-2

Etter hva vi vet er finnes det ikke normeringsstudier som har benyttet EDI-symptomskalaen.

Data er hentet fra et studie gjennomført av Nevonen og Broberg (2001) i Sverige.

Utvalget fra den kliniske populasjonen var hentet fra pasienter som søkte hjelp for noen form for spiseforstyrrelse ved en behandlingsklinikk i Sverige. Utvalget bestod av kvinner i alder 18-24 år ($N=194$). Den diagnostiske distribusjonen var 13,4% Anorexia nervosa (AN), 55,2% Bulimia nervosa (BN) og 31,4% Eating disorder not otherwise specified (EDNOS).

Sammenligningsutvalget er hentet fra en populasjon med kvinner i samme aldersgruppe ($N=239$). Studien har delt opp kontrollgruppa i to grupper, en normalgruppe uten spiseforstyrrelseproblematikk ($n=188$) og en gruppe med selv-rapportert spiseforstyrrelsesproblemer ($n=51$).

Gjennomsnitt og standardavvik for det totale kliniske utvalget og utvalg fra den generelle populasjonen med og uten selv-rapportert spiseforstyrrelse

	Klinisk utvalg		Generell populasjon uten spiseforstyrrelsesproblematikk		Generell populasjon med selv-rapportert spiseforstyrrelse	
	M	SD	M	SD	M	SD
EDI Symptom	36,7	14,8	11,9	10,2	22,9	12,3

Gjennomsnitt og standardavvik for de innenfor det kliniske utvalget som var diagnostisert med Anorexia nervosa og Bulimia nervosa

	Anorexia Nervosa		Bulimia Nervosa	
	M	SD	M	SD
EDI Symptom	20,7	11,0	42,5	11,8

Gjennomsnittlig EDI Symptomskåre var signifikant høyere ($p<.01$) i gruppen med pasienter med Bulimia Nervosa enn pasienter med Anorexia Nervosa..

Appendiks 11: Sammenligningsutvalg for affektreguleringsvariabelen (DERS)

DERS ikke tidligere er brukt i Norge og etter hva vi vet finnes det heller ikke sammenligningsutvalg fra andre nordiske land. For å sikre mest mulig valid sammenligning ble det derfor valgt å benytte både et amerikansk normeringsutvalget fra utvikleingen av DERS og et relativt stort italiensk utvalg som sammenligningsutvalg i denne studien.

USA				Italia	
Kvinner		Menn		Samlet	
M	SD	M	SD	M	SD
77.99	20.72	80.66	18.79	80.66	18.79

Utvalget fra USA bestod av 357 studenter ved Universitetet i Massachusetts Boston. 73% var kvinner og 27% var menn. Gjennomsnittlig alder i utvalget var 23.10 år med standardavvik på 5.7 år (Gratz & Roemer, 2004).

Utvalget fra Italia bestod av 323 psykologstudenter ved Universitetet i Milano. 77% var kvinner og 23% var menn. Gjennomsnittlig alder i utvalget var 25.6 år med standardavvik på 8.6 år (Giromini, Velotti, de Campora, Bonalume, & Zavattini, 2012).

Appendiks 12: Separat deskriptiv statistikk for anoreksi- og bulimigruppen

a) Mentaliseringsvariablene

Deskriptiv statistikk for anoreksigruppen

Variabel	<i>n</i>	Mean	SD	Min	Maks	Skewness	Kurtosis
TAS	33	57.99	13.79	33.68	86.00	-.055	-.897
RFQ-self	33	39.76	7.05	27.00	54.00	.217	-.355
RFQ-other	33	41.36	10.04	21.00	61.00	-.223	-.129
RMET	33	27.01	2.83	23.00	33.00	.407	.753

Deskriptiv statistikk for bulimigruppen

Variabel	<i>n</i>	Mean	SD	Min	Maks	Skewness	Kurtosis
TAS	30	61.97	9.77	44.00	80.00	-.083	-.554
RFQ-self	31	37.07	8.93	22.00	53.00	.096	-.959
RFQ-other	31	40.10	11.73	13.00	59.00	-.352	-.247
RMET	30	27.27	3.29	22.00	36.00	.512	.600

b) Spiseforstyrrelsesvariablene

Deskriptiv statistikk for anoreksigruppen

Variabel	<i>n</i>	Mean	SD	Min	Max	Skewness	Kurtosis
EDE-Q	29	3.55	1.43	0.43	5.57	-.780	-.362
EDI Symptom	32	30.94	15.30	3.00	64.00	-.152	-.621
BMI	29	18.36	1.85	15.62	23.02	.638	.227

Deskriptiv statistikk for bulimigruppen

Variabel	<i>n</i>	Mean	SD	Min	Max	Skewness	Kurtosis
EDE-Q	31	3.94	1.15	1.26	5.61	-.652	-.049
EDI Symptom	29	37.83	14.17	7.00	60.00	-.442	-.419
BMI	28	21.45	2.26	16.69	26.12	.289	-.182

c) Affektreguleringsvariabelen

Deskriptiv statistikk for anoreksigruppen

Variabel	<i>n</i>	Mean	SD	Min	Maks	Skewness	Kurtosis
DERS	33	107.45	28.15	63.00	155.00	.065	-.944

Deskriptiv statistikk for bulimigruppen

Variabel	<i>n</i>	Mean	SD	Min	Maks	Skewness	Kurtosis
DERS	31	116.66	25.19	70.00	162.00	-.304	-.670

Appendiks 13: Separate korrelasjoner for anoreksigruppen og bulimigruppen

a) Mentaliseringsvariablene

Separate korrelasjonsanalyser for anoreksi og bulimigruppen.

(n=33 for anoreksigruppen, n=29-31 for bulimigruppen)

Variabel	TAS	RMET	RFQ-self	RFQ-other
TAS	-	.098	-.273	.251
RMET	-.132	-	.053	.067
RFQ-self	-.232	-.127	-	.348*
RFQ-other	.038	-.304	.387*	-

Korrelasjoner for anoreksigruppen er over diagonalen, korrelasjoner for bulimigruppen er under diagonalen. *p<.05

b) Spiseforstyrrelsesvariablene

Separate korrelasjoner for anoreksi- og bulimigruppen.

(n=28 for anoreksigruppen, n=26-29 for bulimigruppen).

Variabel	EDE-Q	EDI Symptom	BMI
EDE-Q	-	.860**	-.265
EDI Symptom	.780**	-	-.073
BMI	.155	.107	-

Korrelasjoner for anoreksigruppen er over diagonalen, korrelasjoner for bulimigruppen er under diagonalen. **p<.01

c) Korrelasjoner mellom mentaliseringsvariablene, spiseforstyrrelsesvariablene og affektreguleringsvariabelen.

Korrelasjoner mellom mentaliseringsvariablene, spiseforstyrrelsesvariablene og affektreguleringsvariabelen i anoreksigruppen. (n=29-33)

Variabel	EDE-Q	EDI Symptom	BMI	DERS
TAS	.390*	.381*	-.575**	.645**
RFQ-self	-.477**	-.568**	.028	-.217
RFQ-other	.119	.044	-.137	.346*
RMET	-.238	-.165	-.195	-.139
DERS	.548**	.565**	-.308	-

*p<.05, **p<.01

Korrelasjoner mellom mentaliseringsvariablene, spiseforstyrrelsesvariablene og affektreguleringsvariabelen i anoreksigruppen. (n=27-31)

Variabel	EDE-Q	EDI Symptom	BMI	DERS
TAS	.411*	.255	.047	.782**
RFQ-self	-.152	-.262	.009	-.307
RFQ-other	.070	.022	.088	.103
RMET	.243	.379*	.081	-.027
DERS	.602**	.412*	.019	-

*p<.05, **p<.01